

Stempel d. Arztes

Amtsgericht Cham
Rindermarkt 2
93413 Cham

Ärztliches Zeugnis für

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wohnanschrift, evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort d. Patienten

Zweck des Attestes:

Vorlage beim Betreuungsgericht zur Prüfung

- der Anordnung einer vorläufigen Betreuung
 der Verlängerung einer Betreuung bei offensichtlich unveränderter Betreuungsbedürftigkeit
 einer unterbringungsähnlichen Maßnahme (Bettgitter u.a.)
 einer Unterbringung (geschlossen / beschützend, s.u.)

Der letzte Untersuchungstermin war am _____

D. Betroffene konsultiert mich als Hausarzt / Facharzt seit _____

Aufgrund meiner Untersuchungen gehe ich von folgender Diagnose aus:

- hirnorganisches Psychosyndrom
 Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis
 senile Demenz
 Suchtkrankheit (Alkoholismus, Politoxikomanie u.a.)
 geistige Behinderung:

Ich rege an, eine Betreuung für meinen Patienten anzuordnen mit folgendem Aufgabenkreis:

- Aufenthaltsbestimmung
 Gesundheitsfürsorge
 Vermögensverwaltung
 Anhalten, Entgegennahme und Öffnen der Post
 umfassend

Ich rege an, die bestehende Betreuung für weitere ____ Jahre zu verlängern mit folgendem Aufgabenkreis:

- wie bisher
 - Aufenthaltsbestimmung
 - Gesundheitsfürsorge
 - Vermögensangelegenheiten
 - Anhalten, Entgegennahme und Öffnen der Post
 - umfassend
 -
-

Ich rege an, d. Betroffene/n

- in einem geeigneten Krankenhaus / einer geeigneten Klinik geschlossen unterzubringen.
 - beschützend in einer Pflegeeinrichtung unterzubringen.
 - D. Betroffene bedarf dringend ärztlicher Behandlung, die wegen der fehlenden Krankheitseinsicht ohne Unterbringung nicht erfolgen kann. Ohne ärztliche Behandlung besteht eine erhebliche Gefährdung d. Betroffenen.
 - Es besteht die Gefahr, dass d. Betroffene sich tötet oder erheblichen Schaden zufügt.
 - Dies ergibt sich aus folgenden Feststellungen:
-

Ich rege an, für d. Betroffene/n folgende unterbringungsähnliche Maßnahmen zu genehmigen:

- Bettgitter
 - Bauchgurt am Rollstuhl
 - Bauchgurt im Bett
 - sedierende Medikamentierung, die nicht hauptsächlich zu Heilzwecken dient
 -
-

Diese Maßnahme ist notwendig weil

- aufgrund des körperlichen Zustands von einer Sturzgefahr auszugehen ist.
 - d. Betroffene allein nicht mehr gefähig ist.
 -
-

Das Einverständnis zu dieser Maßnahme

- wurde vom Patienten ausdrücklich verweigert.
- kann der Patient nicht selbst erklären, da ihm die hierfür erforderliche (natürliche) Einsichtsfähigkeit fehlt.

Die freiheitsentziehende Maßnahme wird voraussichtlich für die Dauer von _____ Wochen / Monaten / Jahr(en) erforderlich sein.

Bislang wurden folgende Alternativen zu unterbringungsähnlichen Maßnahmen getestet

(Bitte alle durchgeführten Maßnahmen und deren Zeitraum auflisten, zum Beispiel: Kraft- und Balancetraining, Sicherung der Umgebung, Niederflurbetten, Protektoren, Antirutschsocken, RCN-Walker, Sensormatten, AntiRutschmatten, Überprüfung von Seh- und Hörhilfen, Medikamentenumstellung)

Die erprobten Alternativen waren erfolglos, weil
(Begründung angeben)

Sonstige Angaben (z.B. Eilbedürftigkeit) : _____

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

(bitte deutlich lesbar oder Namensstempel)