

# Ärztliches Zeugnis

Stempel des Arztes

Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift (evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort in Klinik oder anderer Einrichtung) des/der Patienten/in

---

---

**Zweck des Zeugnisses: 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 geschlossenen Unterbringung

Der letzte Untersuchungstermin war am \_\_\_\_\_

Der/die 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 \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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

- Aufenthaltsbestimmung     Gesundheitsfürsorge     Vermögensverwaltung
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post     Vertretung gegenüber Behörden u. Versicherungen
- \_\_\_\_\_

Ich rege an, die bestehende Betreuung für weitere 5 Jahre zu **verlängern** mit folgendem Aufgabenkreis:

- wie bisher     Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge     Vermögensverwaltung
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- \_\_\_\_\_

Ich rege an, den/die Betroffene/n geschlossen im Krankenhaus **unterzubringen**.

Der/die Betroffene bedarf dringend ärztlicher Behandlung, die wegen der fehlenden Krankheitseinsicht ohne geschlossene Unterbringung nicht erfolgen kann. Ohne ärztliche Behandlung besteht eine erhebliche Gefährdung des/r Betroffenen.

Es besteht die Gefahr, dass der/die Betroffene sich tötet oder erheblichen Schaden zufügt.

Dies ergibt sich aus folgenden Feststellungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich rege an, für den/die Betroffene/n folgende **unterbringungsähnliche Maßnahmen** zu genehmigen:

Bettgitter  Bauchgurt im Rollstuhl  Bauchgurt im Bett

\_\_\_\_\_

Diese Maßnahme ist notwendig, weil

aufgrund des körperlichen Zustands von einer Sturzgefahr auszugehen ist.  
 der/die Betroffene allein nicht mehr gehfähig ist.

Das Einverständnis zu dieser Maßnahme

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

Soweit erforderlich, bin ich auch zur Erstellung eines ausführlichen Sachverständigengutachtens bereit. Der/die Betroffene hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht befreit. Bitte übersenden Sie mir einen Gutachterauftrag.

Sonstige Angaben (z. B. Eilbedürftigkeit) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_  
(Unterschrift bitte deutlich lesbar oder Namensstempel)