

Stempel des Arztes



Amtsgericht Regensburg
 - Betreuungsgericht -
 Augustenstraße 3

93049 Regensburg

Tel: 0941/2003-0
 Fax: 0941/2003-451

Ärztliches Zeugnis

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

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 geschlossenen Unterbringung

Der letzte Untersuchungstermin war am

- Der/die Betroffene konsultiert mich als Hausarzt/Facharzt seit

Aufgrund meiner Untersuchung 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/meine Patientin anzuordnen mit folgenden Aufgabenkreisen:

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

- Ich rege an die bestehende Betreuung für weitere 5 bzw. 7 Jahre zu **verlängern** mit folgenden Aufgabenkreisen:

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

- Ich rege an den/die Betroffene/n geschlossen im Bezirkskrankenhaus **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 Betroffenen 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.

- Sonstige Angaben (z.B. Eilbedürftigkeit)

- Vertrauenspersonen (z.B. Angehörige/Bevollmächtigte/Betreuer)

....., den Herr/Frau Dr.
(bitte deutlich lesbar oder Namensstempel)