

Stempel des Arztes



Amtsgericht Regensburg  
Betreuungsgericht  
Augustenstraße 3

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

93049 Regensburg

### 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
- Vermögensverwaltung
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- umfassend
- \_\_\_\_\_
- 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)