

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)