

Ärztliches Zeugnis zur Erforderlichkeit einer Betreuung
und des Einsatzes freiheitsentziehender Maßnahmen

Herr/Frau,
 geboren am,
 wohnhaft

leidet nach dem Ergebnis meiner Untersuchung vom an folgenden
 psychischen Krankheiten oder geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen
 [Bitte Diagnosen angeben]:

Deswegen kann der/die Betroffene aus ärztlicher Sicht die folgenden Angelegenheiten
 selbst nicht besorgen:

- Vermögensangelegenheiten
- Behördenangelegenheiten
- allgemeine Gesundheitsfürsorge
- psychiatrische Gesundheitsfürsorge
- Aufenthaltsangelegenheiten
- Wohnungsangelegenheiten
- Heimangelegenheiten
-

Besteht die Gefahr, dass der/die Betroffene seiner/ihrer Person oder seinem/ihrer Vermögen durch eigenes unüberlegtes rechtsgeschäftliches Handeln Schaden zufügt?

- Nein
- Ja, weil

Stimmt der/die Betroffene der Betreuung zu?

- Ja
- Nein
- Er/Sie kann sich nicht dazu äußern.

Ein Wegfall der Betreuungsbedürftigkeit ist nach ärztlicher Erfahrung

- in einem Zeitraum von zu erwarten.
- in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.
- zeitlich nicht einzuschätzen.

Aus ärztlicher Sicht sind zum Wohle des/der Betroffenen folgende freiheitsentziehenden Maßnahmen notwendig:

Anbringen mechanischer Vorrichtungen in Form

- eines Bettgitters
- eines Feststelltisches
- eines Leibgurtes
-

Gabe sedierender Medikamente mit dem Wirkstoff
in einer Dosis von

Sonstige Maßnahmen in Form von
.....

Ohne diese Maßnahmen bestünde auf Grund der Krankheit bzw. der Behinderung die Gefahr, dass der/die Betroffene

- sich selbst tötet.
 sich einen gesundheitlichen Schaden zufügt durch

Zur Abwendung dieser Gefahr sind die Maßnahmen notwendig:

- ununterbrochen über einen Zeitraum von Tagen - Wochen.
 regelmäßig zur Nachtzeit tagsüber von bis Uhr.
 ganztägig.

Stimmt der/die Betroffene den vorgeschlagenen Maßnahmen zu?

- Ja Nein Er/Sie kann sich nicht dazu äußern.

Er/Sie kann den Inhalt und die Tragweite der Erklärung

- erfassen. nicht erfassen.

Könnte der/die Betroffene ohne die Maßnahmen sich noch selbst fortbewegen oder würde er/sie es versuchen?

- Ja Nein Nicht beurteilbar

Mit dem Wegfall der Notwendigkeit der Maßnahmen ist

- in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.
 in einem Zeitraum vonzu rechnen.

Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist: [Bitte Angaben in Druckbuchstaben oder mit Stempel]

Name, ggf: Titel:

Vorname:

Arzt/Ärztin für:

ggf. Klinik:

Anschrift:

.....
 (Ort und Datum)

.....
 (Unterschrift)