

ÄRZTLICHES ZEUGNIS ZUR BESTELLUNG EINES BETREUERS

Frau/ Herr

geboren am

wohnhaft

leidet an den folgenden psychischen Krankheiten oder geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen [Bitte Diagnosen oder Hauptsymptome angeben!]:

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

Vermögensangelegenheiten

Behördenangelegenheiten

allgemeine Gesundheitsfürsorge

psychiatrische Gesundheitsfürsorge

Aufenthaltsangelegenheiten

Wohnungsangelegenheiten

Heimangelegenheiten

Kann der/die Betroffene die Entscheidungen in den bezeichneten Angelegenheiten noch selbst nach vernünftigen Erwägungen treffen?

Ja

Nein

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

Nein

Ja, weil

Stimmt der/die Betroffene der Betreuerbestellung zu?

Ja

Nein

Er/Sie kann sich nicht dazu äußern.

Ein Wegfall der Betreuungsbedürftigkeit ist

in einem Zeitraum von

zu erwarten.

in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

zeitlich nicht einzuschätzen.

Der/Die Betroffene kann zu einem Anhörungstermin im Gericht

erscheinen.

nicht erscheinen, weil

Meine Angaben beruhen auf dem Ergebnis meiner Untersuchung(en) vom
und den Angaben der folgenden Personen:

Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist:

[Stempel]

Ort, Datum

Unterschrift