

**Absender:**

Vorname, Name	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	Telefax
E-Mail (freiwillige Angabe)	

**An das Amtsgericht**

---

**– Betreuungsgericht –**

**Antrag auf Genehmigung der Verabreichung von genehmigungspflichtigen Medikamenten**

BUS

Sehr geehrte Damen und Herren,  
ich bin die/der vom Betreuungsgericht bestellte Betreuerin/Betreuer für

Herr  Frau

Name, Vorname der/des Betreuten	Geburtsdatum
Aktenzeichen/Geschäftsnummer des Amtsgerichts	

Angabe der Krankheit

Aufgrund

muss meine/mein Betreute/Betreuer

dauerhaft  
 für einen Zeitraum von  bis

folgende Medikamente

mittel- oder hochpotente Neuroleptiker  
 mittel- oder hochpotente Psychopharmaka  
 sonstiges

einnehmen.

Ich habe diese Maßnahme angeordnet und bitte um Genehmigung der aus ärztlicher Sicht für notwendig erachteten Medikamentengabe.

Eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit zur Einnahme liegt als Anlage diesem Schreiben bei.  
 Dem behandelnden Arzt habe ich eine Liste von ergänzenden Fragen zukommen lassen mit der Bitte, diese dem Betreuungsgericht zur Beantwortung zuzusenden

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift der/des Betreuerin / Betreuers