

# Ärztliches Gutachten zur Vorlage beim zuständigen Betreuungsgericht

## Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname	evtl. Geburtsname	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		
evtl. derzeitiger Aufenthaltsort in einer Klinik oder in einer anderen Einrichtung		

## Zweck des ärztlichen Gutachtens: Vorlage beim Betreuungsgericht zur Prüfung

- der Anordnung einer Betreuung / einer vorläufigen Betreuung
- der Verlängerung einer Betreuung bei offensichtlich unveränderter Betreuungsbedürftigkeit
- einer freiheitsentziehenden Maßnahme
- einer geschlossenen Unterbringung

Letzter Untersuchungstermin: \_\_\_\_\_

Ich bin Hausarzt / Facharzt der/des Betroffenen seit: \_\_\_\_\_

Aufgrund meiner Untersuchung/en gehe ich von folgender Diagnose aus:

- hirnanorganisches Psychosyndrom
- Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis
- senile Demenz Suchtkrankheit (Alkoholismus, Politoxikomanie u. a.)
- geistige \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ich rege deshalb an, für meine Patientin / meinen Patienten eine Betreuung mit folgendem Aufgabenkreis anzuordnen:

- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge
- Vermögensverwaltung
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- Vertretung gegenüber Behörden und Versicherungen
- \_\_\_\_\_

Ich rege deshalb an, die bestehende Betreuung für meine Patientin / meinen Patienten mit folgendem Aufgabenkreis für weitere \_\_\_\_\_ Jahre zu verlängern:

- wie bisher
- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge
- Vermögensverwaltung
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- Vertretung gegenüber Behörden und Versicherungen
- \_\_\_\_\_

BUS

Ich rege deshalb an, meine Patientin / meinen Patienten in einer Klinik geschlossen unterzubringen.

Meine Patientin / mein Patient bedarf dringend ärztlicher Behandlung, die wegen fehlender Krankheitseinsicht ohne geschlossene Unterbringung nicht erfolgen kann. Ohne ärztliche Behandlung besteht eine erhebliche Gefährdung meiner Patientin / meines Patienten.

Es besteht die Gefahr, dass meine Patientin / mein Patient sich selbst tötet oder sich erheblichen Schaden zufügt.

Ich rege an, für meine Patientin / meinen Patienten folgende unterbringungsähnliche Maßnahmen zu genehmigen:

Bettgitter

Bauchgurt im Rollstuhl

Bauchgurt im Bett

Diese Maßnahme/n ist/sind notwendig, weil

aufgrund des körperlichen Zustands von einer Sturzgefahr auszugehen ist.

meine Patientin / mein Patient allein nicht mehr gehfähig ist.

Das Einverständnis zu dieser Maßnahme

wird von der Patientin / vom Patienten ausdrücklich verweigert.

kann die Patientin / der Patient nicht selbst erklären, da ihr/ihm die hierfür erforderliche (natürliche) Einsichtsfähigkeit fehlt.

Soweit erforderlich, bin ich zur Erstellung eines ausführlichen ärztlichen Gutachtens bereit. Meine Patientin / mein Patient hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht befreit. Bitte übersenden Sie mir einen entsprechenden Gutachterauftrag.

Weitere Angaben, Eilbedürftigkeit etc.:

Ort, Datum

Name, Vorname der Ärztin / des Arztes

Unterschrift

Praxisstempel