

Absender:

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

An das Amtsgericht**– Betreuungsgericht –**

BUS

Antrag auf Genehmigung von ärztlichen Maßnahmen nach § 1829 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich bin die/der vom Betreuungsgericht

Name des Amtsgerichts	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
-----------------------	--

bestellte Betreuerin/Betreuer für

 Herr Frau

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

Aufgrund

bedarf/bedurfte meine/mein Betreute/Betreuter

dauerhaft

für einen Zeitraum von bis

voraussichtlich am

der nachstehend angeführte/n ärztliche/n Maßnahme/n, wobei die begründete Gefahr besteht, dass die/der Betreute aufgrund der Maßnahme/n stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet:

folgende Medikamente

mittel- oder hochpotente Neuroleptiker

mittel- oder hochpotente Psychopharmaka

Sonstiges

Untersuchung des Gesundheitszustandes

Heilbehandlung

ärztlicher Eingriff

Ich habe in diese Maßnahme/n eingewilligt und bitte um Genehmigung der aus ärztlicher Sicht für notwendig erachteten Medikamentengabe.

Eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit der zuvor genannten ärztlichen Maßnahme liegt als Anlage diesem Schreiben bei.

Der/Dem behandelnden Ärztin/Arzt habe ich eine Liste von ergänzenden Fragen (als Anlage beigefügt) zukommen lassen mit der Bitte, diese dem Betreuungsgericht nach Beantwortung zuzusenden

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift der/des Betreuerin / Betreuers

Anlage/n

BUS