

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 ärztlichen Zwangmaßnahme/ärztlichen Zwangsmaßnahmen
- einer freiheitsentziehenden Maßnahme/von freiheitsentziehenden Maßnahmen
- einer freiheitsentziehenden Unterbringung
- _____

Letzter Untersuchungstermin: _____

Ich bin Hausarzt / Facharzt der/des Betroffenen seit: _____

Aufgrund meiner Untersuchung/en gehe ich von folgende/n Diagnose/n aus:

- hirnorganisches 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:

- sämtliche Angelegenheiten
- Personensorge einschließlich ärztlicher Maßnahmen
- Vermögenssorge
- Aufenthaltsbestimmungsrecht auch im Ausland einschließlich Aufgabe des Wohnraums
- Geltendmachung von Rechten/Ansprüchen gegenüber Dritten einschließlich Behörden
- Vertretung gegenüber einer Einrichtung und/oder Pflegediensten
- Sterilisation
- freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen
- ärztliche Zwangsmaßnahmen
- Umgangsbestimmungsrecht
- Entscheidung über die Telekommunikation einschließlich elektronischer Kommunikation
- Entscheidung über Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- Geltendmachung von Rechten der/des Betreuten gegenüber seiner/seinem Bevollmächtigten
- Geltendmachung von Auskunfts- und Rechenschaftsansprüchen der/des Betreuten gegenüber Dritten
- _____

Ich rege deshalb an, die bestehende Betreuung für meine Patientin / meinen Patienten mit folgendem

Aufgabenkreis für weitere Jahre zu verlängern:

- wie bisher
- sämtliche Angelegenheiten
- Personensorge einschließlich ärztlicher Maßnahmen
- Vermögenssorge
- Aufenthaltsbestimmungsrecht auch im Ausland einschließlich Aufgabe des Wohnraums
- Geltendmachung von Rechten/Ansprüchen gegenüber Dritten einschließlich Behörden
- Vertretung gegenüber einer Einrichtung und/oder Pflegediensten
- Sterilisation
- freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen
- ärztliche Zwangsmaßnahmen
- Umgangsbestimmungsrecht
- Entscheidung über die Telekommunikation einschließlich elektronischer Kommunikation
- Entscheidung über Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- Geltendmachung von Rechten der/des Betreuten gegenüber seiner/seinem Bevollmächtigten
- Geltendmachung von Auskunfts- und Rechenschaftsansprüchen der/des Betreuten gegenüber Dritten

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

Meine Patientin / mein Patient bedarf dringend ärztlicher Behandlung, die wegen fehlender Krankheitseinsicht ohne freiheitsentziehende 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 freiheitsentziehende 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.

Ich rege daher an, folgende ärztliche Maßnahme/n durchzuführen, weil die Maßnahme/n medizinisch angezeigt ist/sind und die begründete Gefahr besteht, dass meine Patientin/mein Patient aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme/n stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet:

Untersuchung des Gesundheitszustandes mittels

Heilbehandlung (Art)

ärztliche/r Eingriff/e (Art)

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

BUS