

Amtsgericht Ingolstadt
- Betreuungsgericht -
Neubaustraße 8
85049 Ingolstadt

(Aktenzeichen)

(Datum)

Ärztliches Attest zur Beendigung der Betreuung

Sehr geehrte Damen und Herren,

für folgende/n Betroffene/n

(Vor- und Nachname)

(Geburtsdatum)

(Straße und Hausnummer)

(Postleitzahl und Ort)

kann ich nach meiner ärztlichen Untersuchung feststellen, dass die Betreuung
 weiterhin notwendig ist. nicht mehr notwendig ist UND aufgehoben werden kann.

Meiner Einschätzung nach ist d. Betroffene NICHT in der Lage oder in der Lage
eine Vorsorgevollmacht zu erteilen. Ich kann hierzu keine Angaben machen.

Ich möchte zum Zustand d. Betroffenen / zum Betreuungsbedarf folgendes mitteilen:

Für eine längere Mitteilung bitte ein extra Blatt verwenden!

Dem Schreiben füge ich insgesamt Anlage/n bei.

Mit freundlichen Grüßen

(eigenhändige Unterschrift)