

Ärztliches Zeugnis

**Amtsgericht Starnberg
Betreuungsgericht
Otto-Gaßner-Straße 2
82319 Starnberg**

**Per Fax an das
Amtsgericht Starnberg
Betreuungsgericht
Fax: 09621-962410488**

Stempel des Arztes

Bitte senden Sie diese Unterlage per Post direkt an das Betreuungsgericht oder per Fax an das elektronische Fax des Amtsgericht Starnberg!

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort in Klinik oder anderer Einrichtung) des/der Patienten/in	
Zweck des Zeugnisses: Vorlage beim Betreuungsgericht zur Prüfung	
<input type="checkbox"/> Anordnung einer vorläufigen Betreuung	<input type="checkbox"/> geschlossenen Unterbringung
<input type="checkbox"/> Verlängerung einer Betreuung	<input type="checkbox"/> freiheitsentziehenden Maßnahme (z. B. Bettgitter)
<input type="checkbox"/> Veränderung einer bestehenden Betreuung	

Der/Die Betroffene konsultiert mich als Hausarzt/Facharzt seit:	
Der letzte Untersuchungstermin war am:	
Aufgrund meiner Untersuchungen gehe ich von folgenden Diagnosen aus:	
<input type="checkbox"/> geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> Koma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Demenzerkrankung	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Delir
<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> PTBS

I. Betreuung

Ich rege an, eine Betreuung für meinen Patienten anzuordnen mit folgenden Aufgabenbereichen:		
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Gesundheitssorge	<input type="checkbox"/> Grundstücksangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Behörden-, Renten- und andere Sozialleistungsangelegenheiten		<input type="checkbox"/> Abschluss und Kontrolle eines Heimvertrages
<input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post		<input type="checkbox"/> Organisation der ambulanten Versorgung
<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Versicherungsangelegenheiten
<input type="checkbox"/>		

Ich rege an, die bestehende Betreuung für weitere _____ Monate/Jahre zu verlängern		
<input type="checkbox"/> mit bisherigen Aufgabenbereich/en.	<input type="checkbox"/> Oder mit folgenden Aufgabenbereichen:	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Gesundheitsorge	<input type="checkbox"/> Grundstücksangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Versicherungsangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post	<input type="checkbox"/> Organisation der ambulanten Versorgung	
<input type="checkbox"/> Behörden-, Renten- und andere Sozialleistungsangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Abschluss und Kontrolle eines Heimvertrages	
<input type="checkbox"/>		

II. Unterbringung / unterbringungsähnliche Maßnahmen

Ich rege an, den/die Betroffene/n geschlossen in einer Klinik unterzubringen .	
<input type="checkbox"/>	Der/die Betroffene bedarf dringend ärztlicher Behandlung, die wegen der fehlenden Krankheitseinsicht ohne geschlossene Unterbringung nicht erfolgen kann. Ohne ärztliche Behandlung besteht eine erhebliche Gefährdung des/r Betroffenen.
<input type="checkbox"/>	Es besteht die Gefahr, dass der/die Betroffene sich tötet oder erheblichen Schaden zufügt, dadurch das er/sie
Ich rege an, für den/die Betroffene/n folgende unterbringungsähnliche Maßnahmen zu genehmigen:	
<input type="checkbox"/> Bettgitter	<input type="checkbox"/> Fixierung am Stuhl
<input type="checkbox"/> Bauchgurt	<input type="checkbox"/> Sitzhose
<input type="checkbox"/> Therapietisch	
<input type="checkbox"/>	folgende sedierende Medikamente: _____
<input type="checkbox"/>	
Diese Maßnahme ist notwendig, weil	
<input type="checkbox"/>	aufgrund des körperlichen Zustands von einer Sturzgefahr auszugehen ist.
<input type="checkbox"/>	

III. Sonstige Angaben

Das Einverständnis zur Betreuung/Unterbringung/unterbringungsähnlichen Maßnahme	
<input type="checkbox"/>	wird vom Patienten ausdrücklich verweigert.
<input type="checkbox"/>	wird vom Patienten befürwortet.
<input type="checkbox"/>	kann der Patient nicht selbst erklären, da ihm die hierfür erforderliche (natürliche) Einsichtsfähigkeit fehlt.
<input type="checkbox"/>	Der/die Betroffene hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht befreit.
<input type="checkbox"/>	Eilbedürftigkeit besteht aufgrund:
<input type="checkbox"/>	Sonstige Angaben:

Ort, Datum

Frau/Herr Dr.	Unterschrift	Stempel