

Klinikstempel / Absenderangabe

**Eilt!**

Bitte sofort d. zuständigen  
Richter/in vorlegen!

Datum: \_\_\_\_\_

**Amtsgericht Würzburg**  
- Betreuungsgericht –  
per Telefax

Mo.-Do. 08:00 bis 16:00 Uhr u. 21:00 bis 06:00 Uhr d. Folgetages, Fr. 08:00 bis 12:00 Uhr, an

**09621/962411833**

Außerhalb der o. g. Zeiten Fax an den Bereitschaftsdienst des AG Würzburg:

**09621/962412347**

(**Hinweis:** Anregungen und Anträge während des Bereitschaftsdienstes werden nur bearbeitet, wenn es sich um eine unaufschiebbare Angelegenheit handelt, die ein sofortiges richterliches Tätigwerden erfordert.)

### **Anregung zur Anordnung**

- einer **vorläufigen Betreuung** bei dringender medizinischer Behandlungsbedürftigkeit eines nicht entscheidungsfähigen Patienten
- freiheitsentziehender Maßnahme/n**

- gleichzeitig: **Ärztliche Stellungnahme** -

(Dieses Formular ist ausschließlich von einem Arzt/einer Ärztin gut leserlich auszufüllen)

**1**

a) Name d. **Patienten/in**: \_\_\_\_\_

b) Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

c) Adresse: \_\_\_\_\_

d) Seit wann befindet er/sie sich in der Klinik? \_\_\_\_\_

e) Auf welcher Station befindet er/sie sich aktuell? \_\_\_\_\_

**2**

a) Name d. **ausstellenden Arztes/Ärztin**: \_\_\_\_\_

b) Funktion d. ausstell. Arztes/Ärztin: \_\_\_\_\_

c) Tel.-Nr. (Durchwahl) d. Arztes/Ärztin: \_\_\_\_\_

d) Faxnummer: \_\_\_\_\_

**3**

a) Besteht bereits eine **Betreuung** (bei welchem Gericht)? Wer ist Betreuer (Adresse, Tel.)?

nein  ja, nämlich:

---

b) Existiert eine **Vorsorgevollmacht**? Wer ist bevollmächtigt (Adresse, Telefon?)

nein  ja, nämlich:

---

**Falls „ja“: Die Vollmacht ist als Anhang beigefügt.**

c) Existiert eine **Patientenverfügung**?

nein  ja

**Falls „ja“: Die Patientenverfügung ist als Anhang beigefügt.**

d) Ist bereits bei einem **anderen Gericht** eine Betreuung angeregt worden? Wenn ja, wo?

---

**4**

a) Aufgrund welcher **Diagnose** ist d. Pat. **nicht selbst einwilligungsfähig**, so dass eine Betreuung für den Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge erforderlich ist?

<input type="checkbox"/> Delir	<input type="checkbox"/> hirnorganisches Psychosyndrom
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung
<input type="checkbox"/> Alzheimer-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Psychose
<input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma	<input type="checkbox"/> Schizophrenie
<input type="checkbox"/> Zustand nach Schlaganfall	<input type="checkbox"/> _____

b) Auf welchen **ärztlichen Feststellungen** beruht diese Diagnose? Bitte allgemeinverständlich beschreiben!

---

---

---

c) Wie lange wird dieser Zustand voraussichtlich (noch) andauern (**vorläufige Prognose**)?

---

d) Ist d. Pat. **kontaktierbar**? D. Pat. ist ...

<input type="checkbox"/> nicht ansprechbar	<input type="checkbox"/> ansprechbar, aber kognitiv (erheblich) beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> kommunikationsfähig.

5

- a) Wann ist die nächste **ärztliche Maßnahme konkret geplant**? Um welche Maßnahme handelt es sich (bitte allgemein-verständlich beschreiben)?

---

---

- b) Wie äußert sich der Betroffene zu dieser Maßnahme?

---

**Hinweis:** Bei **Gefahr im Verzug** kann eine **unaufschiebbare medizinische Maßnahme** auch *ohne Einwilligung* d. Pat. durchgeführt werden, wenn sie dem **mutmaßlichen Willen** d. Pat. entspricht (§ 630d Abs. 1 S. 4 BGB).

6

- a) Für welche Bereiche wird eine **Betreuung** angeregt?

- Gesundheitsfürsorge, sowie die hierfür erforderliche Aufenthaltsbestimmung
- Vertretung gegenüber Behörden und Versicherungen
- Abschluss eines Heim- und Pflegevertrages
- Organisation der ambulanten Versorgung
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post i.R. der Aufgabenkreise
- Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen
- Vermögenssorge
- \_\_\_\_\_

- b) Welche **freiheitsentziehenden Maßnahmen** sind **aktuell** regelmäßig oder für einen längeren Zeitraum notwendig?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bettgitter (beidseitig)          | <input type="checkbox"/> Fixierung der Arme  |
| <input type="checkbox"/> Bauchgurt im Bett                | <input type="checkbox"/> Fixierung der Beine |
| <input type="checkbox"/> Gurt/Tisch/Brett am (Roll-)Stuhl | <input type="checkbox"/> _____               |

Voraussichtliche **Dauer** der Anwendung: \_\_\_\_\_

Welche **Gefahren** drohen, wenn die freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht angewendet werden?

- Sturzgefahr       Verletzung durch Abreißen von Zugängen/Ableitungen

---

**Hinweis:** Bei **Gefahr im Verzug** können - solange noch keine Genehmigung des Gerichts vorliegt - **freiheitsentziehende Maßnahmen** *im Einvernehmen mit dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten* durchgeführt werden. Nach Prüfung der Voraussetzungen und Durchführung der erforderlichen Verfahrensschritte wird die Genehmigung nachträglich erteilt (vgl. § 1906 Abs. 2 S. 2 BGB), wenn nicht zuvor die freiheitsentziehenden Maßnahmen beendet werden konnten.

- 7** a) Wer sind die **nächsten Angehörigen** d. Pat. (Ehegatte, Kinder, Eltern etc.)? Bitte **Kontakt-daten** (insb. **Tel-Nr. mobil** und Festnetz) und Stellung zum/zur Pat. in **Druckbuchstaben** angeben.

	Person 1	Person 2
Name		
Vorname		
Geb.-Dat.		
PLZ		
Ort		
Straße, Hausn.		
Tel.Nr. mobil		
Tel.Nr. Festnetz		
Verhältnis z. Pat.		

- b) Wer kommt als (vorläufiger) **Betreuer** in Betracht, insbes. von den vorstehend aufgeführten Personen? Wer hat sich ggf. bisher um die Angelegenheiten d. Pat. gekümmert? Bitte nur **eine Person** benennen.

Person 1                       Person 2                       Berufsbetreuer

---

---

- c) Ist die in Betracht kommende Person bereit, als (vorläufiger) Betreuer zu fungieren?

ja                       nein                       nicht bekannt

- d) Befürwortet d. vorgeschlagene Betreuer/in die unter **5.a.** und **6.b.** genannten Maßnahmen?

ja                       nein                       nicht bekannt

---

(Unterschrift d. ausstellenden Arztes/Ärztin)