

Ärztliches Zeugnis/Gutachten, § 280 FamFG 3 XVII
gem. Ziff. 202 der Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG

Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift, evtl. gegenwärtiger Aufenthalt des/der Patienten/in:

Zweck des Zeugnisses:

Vorlage bei dem Amtsgericht zur Prüfung

der Einrichtung der Betreuung

Der letzte Untersuchungstermin war am:

Der/Die Betroffene konsultiert mich als Hausarzt/Facharzt Psychiater seit:
 wird hier stationär behandelt seit:

Aufgrund meiner Untersuchungen gehe ich von folgender Diagnose aus:

Somatische Erkrankungen:

geistige Behinderung (angeborene oder frühkindlich erworbene Intelligenzdefekte
.....verschiedener Schweregrade)

seelische Behinderung (bleibende psychische Beeinträchtigungen die Folge psychischer
.....Krankheiten sind)

Psychische Erkrankungen:

Als Folge dieser Erkrankung/Behinderung kann der/die Betroffene in den nachstehenden
Aufgabenkreisen seine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen:

Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge

Vermögensverwaltung

Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post

Vertretung gegenüber Behörden und Versicherungen

Unterbringung/unterbringungsähnliche Maßnahmen

Wohnungsangelegenheiten

Die Betreuung ist auf Dauer erforderlich

es besteht jedoch je nach Entwicklung des Krankheitsbildes die Möglichkeit, dass später eine Aufhebung erfolgen könnte

() 1. Folgende Kontakt-Vertrauens- und Betreuungspersonen sind hier bekannt:

() 2. Ich rege an, Frau/Herrn (volle Personalien einfügen)

als Betreuer/in zu bestellen.

() Diese(r) ist mit der Übernahme der Betreuung einverstanden.

() 3. Die Betreuung ist auf Dauer erforderlich.

() 4. Die Betreuung ist zunächst auf Dauer erforderlich. Es besteht allerdings die Möglichkeit, dass bei Besserung der gesundheitlichen Situation die Betreuung auch aufgehoben werden kann.

() 5. Der/Die Betroffene ist mit der Einrichtung der Betreuung einverstanden.

() 6. Eine Verständigung mit dem/der Betroffenen ist nicht möglich.

() 7. Der/Die Betroffene lehnt eine Betreuung ab.

Wenn ja, kann der/die Betroffene insoweit seinen/ihren Willen frei bestimmen?
Besteht die konkrete Gefahr einer erheblichen Selbstschädigung?

Sonstige Angaben (z.B. Eilbedürftigkeit)

-----, -----
(Ort) (Datum)

Herr/Frau Dr.

Stempel des Arztes: