

**Ärztliches Zeugnis, Gutachten gem. § 321 I, II 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  
einer unterbringungsähnlichen Maßnahme

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:

-----  
-----  
-----  
-----

Folgende unterbringungsähnlichen Maßnahmen, § 1906 Abs. 4 BGB, sind erforderlich:

( ) Bettgitter

( ) Bauchgurt ( ) im Bett ( ) am Stuhl

( ) Stecktisch

( ) mechanische/nicht mechanische Sicherung gegen Weglaufen

( ) Medikamente: Dosis:

( ) nachts ( ) auch tagsüber

