

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  
 Behörden- und Versicherungsangelegenheiten  
 Unterbringung / unterbringungsähnliche Maßnahmen  
 Wohnungsangelegenheiten

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

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

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

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

als Betreuer/in zu bestellen.

( ) Diese ist mit der Übernahme der Betreuung einverstanden.

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

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

( ) 5. 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:

--