

**Absender:**

Vorname, Name	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	Telefax
E-Mail (freiwillige Angabe)	

**An das Amtsgericht**

\_\_\_\_\_

**– Betreuungsgericht –**

**Antrag auf Genehmigung der Verabreichung von genehmigungspflichtigen Medikamenten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin die/der vom Betreuungsgericht bestellte Betreuerin/Betreuer für

Herr     Frau

Name, Vorname der/des Betreuten	Geburtsdatum
Aktenzeichen/Geschäftsnummer des Amtsgerichts	

Angabe der Krankheit

Aufgrund \_\_\_\_\_

muss meine/mein Betreute/Betreuer

dauerhaft

für einen Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

folgende Medikamente

mittel- oder hochpotente Neuroleptiker

mittel- oder hochpotente Psychopharmaka

sonstiges \_\_\_\_\_

einnehmen.

Ich habe diese Maßnahme angeordnet und bitte um Genehmigung der aus ärztlicher Sicht für notwendig erachteten Medikamentengabe.

Eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit zur Einnahme liegt als Anlage diesem Schreiben bei.

Dem behandelnden Arzt habe ich eine Liste von ergänzenden Fragen zukommen lassen mit der Bitte, diese dem Betreuungsgericht zur Beantwortung zuzusenden

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum
------------

Unterschrift der/des Betreuerin / Betreuers
---