

Ärztliches Gutachten zur Vorlage beim zuständigen Betreuungsgericht

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname	evtl. Geburtsname	Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		
evtl. derzeitiger Aufenthaltsort in einer Klinik oder in einer anderen Einrichtung		

Zweck des ärztlichen Gutachtens: Vorlage beim Betreuungsgericht zur Prüfung

- ☐ der Anordnung einer Betreuung / einer vorläufigen Betreuung
- ☐ der Verlängerung einer Betreuung bei offensichtlich unveränderter Betreuungsbedürftigkeit
- ☐ einer ärztlichen Maßnahme/ärztlicher Maßnahmen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass die/der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet
- ☐ einer Sterilisation
- ☐ Refertilisierung bleibt möglich
- ☐ Refertilisierung bleibt nicht möglich, weil
- ☐ einer ärztlichen Zwangsmaßnahme/ärztlichen Zwangsmaßnahmen
- ☐ einer freiheitsentziehenden Maßnahme/von freiheitsentziehenden Maßnahmen
- ☐ einer freiheitsentziehenden Unterbringung
- ☐

Letzter Untersuchungstermin:

Ich bin Hausärztin/Hausarzt / Fachärztin/Facharzt der/des Betroffenen seit:

Aufgrund meiner Untersuchung/en gehe ich von folgende/n Diagnose/n aus:

- ☐ hirnorganisches Psychosyndrom
- ☐ Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis
- ☐ senile Demenz Suchtkrankheit (Alkoholismus, Politoxikomanie u. a.)
- ☐ geistige
- ☐

☐ Ich rege deshalb an, für meine Patientin/meinen Patienten eine Betreuung mit folgendem Aufgabenkreis anzuordnen:

- ☐ sämtliche Angelegenheiten
- ☐ Personensorge einschließlich ärztlicher Maßnahmen
- ☐ Vermögenssorge
- ☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht auch im Ausland einschließlich Aufgabe des Wohnraums
- ☐ Geltendmachung von Rechten/Ansprüchen gegenüber Dritten einschließlich Behörden
- ☐ Vertretung gegenüber einer Einrichtung und/oder Pflegediensten
- ☐ Sterilisation
- ☐ freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen
- ☐ ärztliche Zwangsmaßnahmen
- ☐ Umgangsbestimmungsrecht
- ☐ Entscheidung über die Telekommunikation einschließlich elektronischer Kommunikation
- ☐ Entscheidung über Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- ☐ Geltendmachung von Rechten der/des Betreuten gegenüber seiner/seinem Bevollmächtigten
- ☐ Geltendmachung von Auskunfts- und Rechenschaftsansprüchen der/des Betreuten gegenüber Dritten
- ☐

☐ Ich rege deshalb an, die bestehende Betreuung für meine Patientin/meinen Patienten mit folgendem Aufgabenkreis für weitere Jahre zu verlängern:

- ☐ wie bisher
- ☐ sämtliche Angelegenheiten
- ☐ Personensorge einschließlich ärztlicher Maßnahmen
- ☐ Vermögenssorge
- ☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht auch im Ausland einschließlich Aufgabe des Wohnraums
- ☐ Geltendmachung von Rechten/Ansprüchen gegenüber Dritten einschließlich Behörden
- ☐ Vertretung gegenüber einer Einrichtung und/oder Pflegediensten
- ☐ Sterilisation
- ☐ freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen
- ☐ ärztliche Zwangsmaßnahmen
- ☐ Umgangsbestimmungsrecht
- ☐ Entscheidung über die Telekommunikation einschließlich elektronischer Kommunikation
- ☐ Entscheidung über Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- ☐ Geltendmachung von Rechten der/des Betreuten gegenüber seiner/seinem Bevollmächtigten
- ☐ Geltendmachung von Auskunfts- und Rechenschaftsansprüchen der/des Betreuten gegenüber Dritten
- ☐

☐ Ich rege deshalb an, meine Patientin/meinen Patient freiheitsentziehend in einer Klinik geschlossen unterzubringen.

☐ Meine Patientin/mein Patient bedarf dringend ärztlicher Behandlung, die wegen fehlender Krankheitseinsicht ohne freiheitsentziehende Unterbringung nicht erfolgen kann. Ohne ärztliche Behandlung besteht eine erhebliche Gefährdung meiner Patientin/meines Patienten.

☐ Es besteht die Gefahr, dass meine Patientin / mein Patient sich selbst tötet oder sich erheblichen Schaden zufügt.

☐

☐ Ich rege an, für meine Patientin/meinen Patienten folgende freiheitsentziehende/n Maßnahme/n zu genehmigen:

- ☐ Bettgitter
- ☐ Bauchgurt im Rollstuhl
- ☐ Bauchgurt im Bett
- ☐

Diese Maßnahme/n ist/sind notwendig, weil

- ☐ aufgrund des körperlichen Zustands von einer Sturzgefahr auszugehen ist.
- ☐ meine Patientin/mein Patient allein nicht mehr gehfähig ist.

Das Einverständnis zu dieser Maßnahme

- ☐ wird von der Patientin/vom Patienten ausdrücklich verweigert.
- ☐ kann die Patientin/der Patient nicht selbst erklären, da ihr/ihm die hierfür erforderliche (natürliche) Einsichtsfähigkeit fehlt.
- ☐

☐ Ich rege daher an, folgende ärztliche Maßnahme/n durchzuführen, weil die Maßnahme/n medizinisch angezeigt ist/sind und die begründete Gefahr besteht, dass meine Patientin/mein Patient aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme/n stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet:

☐ Untersuchung des Gesundheitszustandes mittels

☐ Heilbehandlung (Art)

☐ ärztliche/r Eingriff/e (Art)

☐ Soweit erforderlich, bin ich zur Erstellung eines ausführlichen ärztlichen Gutachtens bereit. Bitte übersenden Sie mir einen entsprechenden Gutachterauftrag.

☐ Meine Patientin/mein Patient hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht befreit.

☐ Meine Patientin/mein Patient kann mich mangels Einsichtsfähigkeit nicht von meiner ärztlichen Schweigepflicht befreien.

☐ Weitere Angaben, Eilbedürftigkeit etc.:

Ort, Datum

Name, Vorname der Ärztin/des Arztes

Unterschrift

Praxisstempel