Zentraler Formularpool Thüringen

An das Amtsgericht

– Betreuungsgericht –

Absender:

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

Antrag auf Genehmigung von ärztlichen Maßnahmen nach § 1829 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin die/der vom Betreuungsgericht

Name des Amtsgerichts	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

bestellte Betreuerin/Betreuer für

☐ Herrn ☐ Frau

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

Aufgrund Angabe der Krankheit

bedarf/bedurfte meine/mein Betreute/Betreuter

☐ dauerhaft

☐ für einen Zeitraum von Datum bis Datum

voraussichtlich am Datum

der nachstehend angeführte/n ärztliche/n Maßnahme/n, wobei die begründete Gefahr besteht, dass die/der Betreute aufgrund der Maßnahme/n stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet:

☐ folgende Medikamente

- ☐ mittel- oder hochpotente Neuroleptiker
- ☐ mittel- oder hochpotente Psychopharmaka
- ☐ andere relevante Medikamente

☐ Sonstiges

☐ Untersuchung des Gesundheitszustandes

☐ Heilbehandlung

☐ ärztlicher Eingriff

© FJD Information Technologies AG – www.fjd.de
BTR-011-DE-FL – 01-2026

Zentraler Formularpool Thüringen

Ich habe in diese Maßnahme/n eingewilligt und bitte um Genehmigung der aus ärztlicher Sicht für notwendig erachteten Medikamentengabe.

☐ Eine ärztliche Bescheingung über die Erforderlichkeit der zuvor genannten ärztlichen Maßnahme liegt als Anlage diesem Schreiben bei.

☐ Der/Dem behandelnden Ärztin/Arzt habe ich eine Liste von ergänzenden Fragen (als Anlage beigefügt) zukommen lassen mit der Bitte, diese dem Betreuungsgericht nach Beantwortung zuzusenden

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift der/des Betreuerin / Betreuers

Anlage/n

© FJD Information Technologies AG – www.fjd.de
BTR-011-DE-FL – 01-2026