

**Ärztliches Zeugnis/Gutachten, § 280 FamFG 17 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

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

( ) Vertretung gegenüber Behörden und Versicherungen

( ) Unterbringung/unterbringungsähnliche Maßnahmen

( ) Wohnungsangelegenheiten

Die Betreuung ist auf Dauer erforderlich

es besteht jedoch je nach Entwicklung des Krankheitsbildes die Möglichkeit, dass später eine Aufhebung erfolgen könnte

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

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

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

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

als Betreuer/in zu bestellen.

( ) Diese(r) ist mit der Übernahme der Betreuung einverstanden.

( ) 3. Die Betreuung ist auf Dauer erforderlich.

( ) 4. Die Betreuung ist zunächst auf Dauer erforderlich. Es besteht allerdings die Möglichkeit, dass bei Besserung der gesundheitlichen Situation die Betreuung auch aufgehoben werden kann.

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

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

( ) 7. 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:

Empty rectangular box for the doctor's stamp.