

Ärztliches Zeugnis

An das
Amtsgericht Wolfratshausen
- Betreuungsgericht –
Bahnhofstraße 18
82515 Wolfratshausen

Telefax : 08171/1606343

Datum / Stempel des Arztes

Personalien der betroffenen Person:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift : _____

Diagnose:

Auf Grund meiner Untersuchungen am _____ gehe ich von der folgenden Diagnose einer **psychischen Erkrankung bzw. geistigen oder seelischen Behinderung**¹ aus:

- hirnorganisches Psychosyndrom
- Psychose aus dem schizophrenen Formkreis
- senile Demenz

- _____

Dazu kommt folgende in meinen Augen hier relevante **Diagnose in körperlicher Hinsicht:**

Ich rege an,

- eine Betreuung anzuordnen
- die letzte bestehende Betreuung um _____ Jahre (höchstens 7) zu verlängern,

mit folgenden Aufgabenkreisen:

- Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge Vermögenssorge
- Behörden/Heimangelegenheiten umfassend
- _____

- Der/die Betroffene ist nicht in der Lage, seinen/ihren Willen in den einzelnen Aufgabenkreisen frei zu bestimmen

¹ Nur wenn eine derartige Diagnose gestellt wird, kommt eine Ersetzung des Willens d. Betroffenen durch Entscheidung einer anderen Person im Rahmen eines Betreuungs- und Unterbringungsverfahrens in Betracht.
Andernfalls entscheidet d. Betroffene selbst über die Anwendung, Dauer und Beendigung der Maßnahmen.

Erforderliche Schutzmaßnahmen:

Ich halte aus ärztlicher Sicht folgende **Maßnahme(n)** zum Schutze der Betroffenen Person für **unbedingt erforderlich** (weniger belastende Maßnahmen, die die Gefahr ebenfalls abwenden könnten stehen nicht zur Verfügung):

- Anbringen eines Bettgitters
- Tisch / Brett am Stuhl
- Gurt am Stuhl
- Fixierung der Extremitäten
- Medikamente _____
- Fixierhose
- _____
- _____

Die betroffene Person ist **selbst**

- trotz der Erkrankung **noch in der Lage**²
- krankheitsbedingt **nicht mehr in der Lage**

Sinn und Zweck, Bedeutung und Tragweite der o. g. Maßnahme(n) einschließlich der zu vermeidenden Risiken zu erfassen und einen **klaren (natürlichen) Willen** dazu zu äußern und damit ein eigenes Einverständnis oder eine **eigenverantwortliche** Ablehnung zu erklären.

Konkrete Auswirkung:

Die Maßnahme(n) hat/haben im **konkreten Einzelfall d. Betroffenen**

- keine freiheitsentziehende Wirkung**, weil d. Betroffene nicht an gezielten, vom Willen gesteuerten Bewegungen gehindert wird, sondern **lediglich** der Gefahr begegnet werden soll, dass sie/er infolge **unkontrollierter und unwillkürlicher Bewegungen oder Gewichtsverlagerungen** durch Sturz oder Herausrutschen aus dem Bett und/oder (Roll-) Stuhl zu Schaden kommt³.
- eine freiheitsentziehende Wirkung**, da sie die tatsächliche körperliche Fortbewegungsfreiheit d. Betroffenen einschränkt / einschränken⁴.

Konkrete Selbstgefährdung:

Ohne die oben genannte(n) Maßnahme(n) besteht in diesem Fall eine **konkrete Gefahr**, dass d. Betroffene bei einem **Aufstehversuch** aus dem Bett und/oder (Roll-) Stuhl zu schwerem Schaden kommen könnte⁵.

- Es wurden bereits konkrete **Aufstehversuche** aus dem Bett und/oder (Roll-) Stuhl mit Sturzgefahr beobachtet.
- Es kam am _____ bereits zu einem **Sturz**.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

² Eine richterliche Entscheidung ist nicht erforderlich. D. Betroffene entscheidet selbst. Auch eine als unvernünftig oder riskant eingeschätzte Entscheidung ist zu respektieren (Empfehlung: Die schriftliche Einwilligung/Ablehnung sollte regelmäßig in der Dokumentation festgehalten und überprüft werden).

³ Eine richterliche Entscheidung ist nicht erforderlich. Die Anordnung der Maßnahme bzw. die erteilte Zustimmung hierzu durch den Bevollmächtigte/Betreuer ist ohne gerichtliche Genehmigung maßgeblich (Empfehlung: Dokumentation durch ärztl. Bestätigung).

⁴ Eine gerichtliche Genehmigung ist beim einwilligungsunfähigen Betroffenen erforderlich und muss vom Bevollmächtigten/Betreuer beantragt werden, wenn er die Maßnahme ebenfalls für erforderlich hält (Ausnahme: Ist ein Bevollmächtigter/Betreuer nicht vorhanden oder nicht erreichbar, erfolgt die Anregung zur gerichtlichen Überprüfung der Maßnahme ausschließlich durch die Einrichtung).

⁵ Bei Fehlen einer konkreten Gefahr für d. Betroffenen ist die Maßnahme nicht genehmigungsfähig.