

Stempel des Arztes

---

Bei Stempel einer Gemeinschaftspraxis muss unbedingt der Name des unterzeichnenden Arztes gut lesbar in Druckbuchstaben angegeben sein

(Name des Arztes in Druckbuchstaben)

- Arzt für Psychiatrie
- Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie

**Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen**

Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift (evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort in Klinik oder anderer Einrichtung) des Patienten/der Patientin

**Zweck des Gutachtens: Vorlage beim Betreuungsgericht zur Prüfung der Notwendigkeit einer Betreuung**

Aufgrund meiner Untersuchung gehe ich von folgendem Krankheitsbild aus:

- F00-F09** Organische, einschließlich symptomatisch psychische Störung(en)
- F10-F19** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanz(en)
- F20-F29** Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung
- F30-F39** Affektive Störung(en)
- F40-F49** Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störung(en)
- F50-F59** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störung(en) und Faktor(en)
- F60-F69** Persönlichkeits- und Verhaltensstörung(en)
- F70-F79** Intelligenzminderung
- F80-F89** Entwicklungsstörung(en)
- F90-F98** Verhaltens- und emotionale Störung(en) mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99** nicht näher bezeichnete psychische Störung(en)

Beschreibung von Art und Ausmaß der Erkrankung:

Krankheitsentwicklung: \_\_\_\_\_

Durchgeführte Untersuchungen:

Körperlicher und psychiatrischer Zustand d. Betroffenen:

Auswirkungen der Krankheit auf die Fähigkeit bestimmte Angelegenheiten zu erledigen:

D. Betroffene ist außer Stande,

Hilfen von sich aus in Anspruch zu nehmen.

die Notwendigkeit der Inanspruchnahme fremder Hilfen zu erkennen.

\_\_\_\_\_

Ich rege an, eine Betreuung anzuordnen mit folgendem Aufgabenkreis:

Gesundheitssorge

Aufenthaltsbestimmung

Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen

Entscheidung über die geschlossene Unterbringung

Vermögenssorge  mit Einwilligungsvorbehalt

Wohnungsangelegenheiten

Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post

Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Betreuung ist voraussichtlich für

\_\_\_\_\_ Monat(e)

\_\_\_\_\_ Jahr(e)

7 Jahre

erforderlich.

Die gerichtlichen Entscheidungsgründe können d. Betroffenen, ohne dass erhebliche gesundheitliche Nachteile zu befürchten sind,

in vollem Umfang

nicht

bekannt gemacht werden.

Bei einer richterlichen Anhörung sind

keine

erhebliche

Nachteile für die Gesundheit d. Betroffenen zu besorgen.

D. Betroffene ist nicht in der Lage seinen Willen kundzutun.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Arztes/Ärztin)