**Absender mit Adresse, Telefon- und Faxnummer**

An das Amtsgericht Mosbach

- Betreuungsgericht -

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Ort), den (Datum)**

**EILFALL**

**Anregung auf Anordnung einer vorläufigen Betreuung und**

**ärztliches Attest zur Vorlage beim Betreuungsgericht**

(bitte leserlich in Blockschrift vollständig ausfüllen und unterschreiben; ggf. Rückseite verwenden, wenn der Platz nicht reicht)

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Patienten/der Patientin oder Patientenetikett | Geboren am in : |
| Adresse (Ort, Straße, Hausnummer): | Telefonnummer: |
| z. Z. stationär in Behandlung seit dem: | Fachabteilung: |
| Voraussichtliche Entlassung: | Kontakt: |

1. **Der Patient/Die Patientin wird derzeit behandelt in**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Er/ Sie leidet an**: ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Diagnose*)

1. **Er/ Sie kann seine / ihre Angelegenheiten ganz / teilweise nicht mehr selbst besorgen und benötigt einen gesetzlichen Betreuer / eine gesetzliche Betreuerin, weil**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Aus ärztlicher Sicht ist für ihn/sie die Bestellung eines Betreuers (rechtlichen

Vertreters) notwendig für

🞏 den Bereich **Gesundheitsfürsorge** einschließlich der Entscheidung über ärztliche Maßnahmen 🞏 einschließlich Entscheidung über **freiheitsentziehende** **Maßnahmen**

🞏 den Bereich **Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten-/ Sozialleistungsträgern**

🞏 Aufenthaltsbestimmung 🞏 einschließlich Entscheidung über die Verlegung des Betroffenen in ein Pflegeheim

🞏 einen anderen Bereich (*nähere Begründung erforderlich*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Eine **Verständigung** über Sinn und Zweck einer Betreuung (rechtliche Vertretung) ist mit dem Patienten / der Patientin

🞏 möglich

🞏 nicht möglich, weil er / sie dies geistig nicht erfassen kann

🞏 der Patient / die Patientin ist nicht ansprechbar

🞏 der Patient / die Patientin kann sich nicht äußern

**6. Folgende ärztliche Maßnahme ist beabsichtigt** (genaue Beschreibung):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Die Maßnahme ist geplant für:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...

**8. Mit der Maßnahme** kann ohne Gefahr für den Patienten / die Patientin **zugewartet werden bis** (andernfalls ist eine konkrete Verschlechterung des Gesundheitszustands zu erwarten)**:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...

**9. Wenn die Maßnahme nicht durchgeführt wird, steht zu befürchten, dass:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_...

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. **Grund für die Eilbedürftigkeit ist**

🞏 Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei Verzögerung medizinischer Maßnahmen

🞏 Die weitere medizinische Versorgung / häusliche Pflege ist zu regeln

🞏 Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. D. Patient/in kann 🞏 in die Maßnahme krankheitsbedingt **nicht** einwilligen

🞏 in die Maßnahme selbst einwilligen

12. **Vollmacht**

🞏 Eine Vorsorgevollmacht für den beantragten Bereich liegt nicht vor.

🞏 Eine Vollmacht liegt vor, muss aber geprüft werden (bitte in Kopie beifügen).

🞏 Mir ist nicht bekannt, ob es eine Vorsorgevollmacht für den beantragten Bereich gibt.

🞏 Die Vollmacht reicht aus folgenden Gründen nicht aus, um eine Betreuung entbehrlich zu machen: Der Bevollmächtigte ist   
🞏 nicht erreichbar   
🞏 nach eigenen Angaben nicht bereit, sich um den Patienten zu kümmern / hat die Vollmacht nicht angenommen   
🞏 ist ungeeignet (besondere Begründung erforderlich), weil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Betreuervorschlag**

13 Zur Betreuung des Patienten ist aus meiner Sicht geeignet und würde sich

bereit erklären:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Geboren am: |
| Adresse (Ort, Straße, Hausnummer): | Telefonnummer (Festnetz und mobil): |
| (Verwandtschafts-)Verhältnis zum Patienten | Bemerkung: |

🞏 Der Betroffene selbst ist mit der genannten Person als Betreuer

🞏 nicht einverstanden 🞏 einverstanden 🞏 kann sich dazu nicht äußern

🞏 Ich kann keine geeignete Person vorschlagen

🞏 Die Bestellung eines Berufsbetreuers wird angeregt, weil

14. Um d. Patienten/in kümmert sich folgende Person (z.B. Ehegatte/in, Kind, Eltern(teil) etc.):

(*Name, Anschrift, Telefonnummer*)

15. Weitere Angehörige / Bezugspersonen (*Name, Anschrift, Telefonnummer, Verhältnis z. Betroffenen*):

a)

b)

c)

|  |  |
| --- | --- |
| **Dieses Attest wurde ausgefüllt von (Arzt/Ärztin):** |  |
| **Fachbezeichnung** |  |
| **Telefonnummer für Rückfragen** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift d. Ausstellers/in Ort, Datum