(Adresskopf des Krankenhauses)

Ärztliches Zeugnis zur Einrichtung einer Betreuung

für den Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge

Der Patient/die Patientin
Name: Vorname:
Geb. am in
Anschrift:

Ist seit dem in unser stationären Behandlung.
Station Zimmer Tel.-Durchwahl der Station:

Er/sie leidet an einer ☐ psychischen Krankheit
☐ körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung

mit der Bezeichnung

Zu Bewußtsein/Orientierung:

Deshalb ist er / sie ☐ auf absehbare Zeit ☐ auf Dauer außerstande,
seine / ihre Angelegenheiten im Bereich der Gesundheitsfürsorge zu regeln und rechtswirksame Einwilligungen in medizinische Maßnahmen abzugeben.
Der Patient / die Patientin bedarf ärztlicher Behandlung wegen folgender Krankheiten / Verletzungen
(Diagnose):
Folgende medizinische Maßnahmen sind erforderlich (z.B. invasive Untersuchungen, medikamentöse Behandlung, Operationen, Risikooperationen oder sonstige Eingriffe):

☐ Die ärztliche Maßnahme ist eilig, weil

Deshalb bitten wir
☐ um die sofortige Bestellung eines (vorläufigen) Betreuers
☐ um die unmittelbare Zustimmung des Vormundschaftsgerichts in folgende Maßnahmen:

Ort und Datum Name (lesbar) Funktion Unterschrift