

Absender mit Adresse, Telefon- und Faxnummer

An das  
Amtsgericht .....

- Betreuungsgericht -

nachrichtlich:  
Betreuungsbehörde  
(ggf. weitere Empfänger angeben)

(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)

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

#### **I. Der Patient/Die Patientin**

wird derzeit in..... behandelt.

Er/ Sie leidet an

.....

Er/ Sie ist nicht einwilligungsfähig, weil

.....

und kann deswegen seine /ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen.

Aus ärztlicher Sicht ist für ihn/sie die Bestellung eines Betreuers (rechtlichen Vertreters) notwendig für

- den Bereich Gesundheitsfürsorge einschließlich der Entscheidung über ärztliche Maßnahmen
- einen anderen Bereich (nähere Begründung erforderlich):

.....

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

- möglich
- nicht möglich

**III.** Eine besondere Eilbedürftigkeit (Gefahr im Verzuge) ist gegeben.

Die Gefahr für den Patienten /die Patientin besteht in:

- Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei Verzögerung medizinischer Maßnahmen
- Akuter Selbstgefährdung
- Akuter Gefährdung seines/ihrer Vermögens

Beschreibung der notwendigen Maßnahme (einschließlich erwartete Dauer der Behandlung) und konkrete Schilderung der Gefahr:

.....

.....

.....

.....

Die einwilligungspflichtige Maßnahme soll am .....durchgeführt werden.

**IV.** Weitere Hinweise für das Betreuungsgericht

- Eine Vorsorgevollmacht für den beantragten Bereich liegt nicht vor.
- Eine Vollmacht liegt vor, muss aber geprüft werden (bitte in Kopie beifügen).

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):
Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten	Bemerkung:

- Der Betroffene selbst ist mit der genannten Person als Betreuer nicht einverstanden.

Weitere Angehörige (Name, Anschrift, Telefonnummer):

.....

.....

Für den Fall der Unzuständigkeit bitten wir um Weiterleitung an das zuständige Betreuungsgericht.

Wir bitten um Erteilung einer Abgabennachricht.

Name, Telefon (leserliche Blockschrift/Stempel) und Unterschrift des /der behandelnden Arztes/Ärztin