

Absender:

Name: _____

Ort, Datum

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Amtsgericht
- Betreuungsabteilung -

(Straße)

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

(PLZ, Ort)

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

- Anregung auf Erweiterung des Aufgabenkreises d. Betreuers/in**
- Anregung auf Verlängerung der Betreuung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei der Betreuungsführung musste ich feststellen, dass die angeordneten Aufgabenkreise für eine ordnungsgemäße Betreuung nicht ausreichen. Ich rege deshalb an, die Betreuung auf folgenden Aufgabenkreis zu erweitern:

- die Gesundheitssorge
- die Aufenthaltsbestimmung
- die Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen
- die Entscheidung über die geschlossene Unterbringung
- die Vermögenssorge
- die Wohnungsangelegenheiten
- die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post
- die Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten
- _____
- _____
- _____

Darüber hinaus rege ich an, die Betreuung für weitere

- _____ Monate
 _____ Jahr(e)
 7 Jahre

zu verlängern.

- Zur Begründung beziehe ich mich auf das beiliegende/bereits vorliegende fachärztliche Zeugnis/Gutachten d. Herrn/Frau Dr. _____ vom _____
- Ein entsprechendes Attest wird nachgereicht.
 Ein entsprechendes ärztliches Attest habe ich angefordert und wird Ihnen vom Arzt direkt übersandt.
 Ein ärztliches Attest soll vom Gericht eingeholt werden.

D. Betreute

- ist mit dieser Vorgehensweise einverstanden.
 ist mit dieser Vorgehensweise nicht einverstanden.
 kann sich zu dieser Anregung nicht äußern.
 hat keine Kenntnis von der Anregung.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Betreuer/in)

(Unterschrift d. Betreuten)
(falls möglich)

Stempel des Arztes

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

 (Name des Arztes in Druckbuchstaben)

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift (evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort in Klinik oder anderer Einrichtung) d. Betreuten

Zweck des Gutachtens: Vorlage beim Vormundschaftsgericht zur Prüfung

der Erweiterung des Aufgabenkreises des Betreuers

Verlängerung der Betreuung

Aufgrund meiner Untersuchung gehe ich von folgender **Diagnose** 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

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, die bestehende **Betreuung** auf folgenden Aufgabenkreis zu erweitern:

- die Gesundheitsorge
- die Aufenthaltsbestimmung
- die Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen
- die Entscheidung über die geschlossene Unterbringung
- die Vermögenssorge
- die Wohnungsangelegenheiten
- die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post
- die Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten
- _____
- _____
- _____

Ich rege an, die Betreuung für weitere

- _____ Monate
- _____ Jahr(e)
- 7 Jahre

zu verlängern.

Die Frist zur Überprüfung der Betreuung kann bestehen bleiben.

Der Sachverhalt des ärztlichen Zeugnisses und die gerichtlichen Entscheidungsgründe können d. Betroffenen

- in vollem Umfang
- nicht

bekannt gemacht werden.

Durch eine persönliche Anhörung durch den Richter sind

- keine
- erhebliche

Nachteile für die Gesundheit d. Betroffenen zu befürchten.

Ort, Datum

Unterschrift d. Arztes/Ärztin