

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) d. Betreuten

Aktenzeichen des Gerichts _____

Anregung auf Verlängerung der Betreuung

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der o.g. Betreuungssache rege ich an, die bestehende Betreuung für weitere

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

zu verlängern mit folgendem Aufgabenkreis:

- wie bisher
- 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
- _____
- _____
- _____

Die Fortsetzung der Betreuung ist weiterhin erforderlich, weil die Gründe, die die Maßnahme bisher gerechtfertigt haben, weiter fortbestehen.

Ein entsprechendes ärztliches Attest

- ist beigelegt.
- wird nachgereicht.
- soll vom Gericht eingeholt werden.

D. Betreute

- ist mit der Verlängerung der Betreuung einverstanden.
- ist mit der Verlängerung der Betreuung nicht einverstanden.
- kann sich dazu nicht äußern.
- hat von dieser Anregung keine Kenntnis.

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 leserlich 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 Zeugnisses: Vorlage beim Vormundschaftsgericht zur Prüfung der Verlängerung der Betreuung bei offensichtlich unveränderter Betreuungsbedürftigkeit

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 wahnhaftige 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 für weitere

- _____ Monate
 _____ Jahr(e)
 7 Jahre

zu verlängern mit folgendem Aufgabenkreis:

- wie bisher
 die Gesundheitspflege
 die Aufenthaltsbestimmung
 die Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen
 die Entscheidung über die geschlossene Unterbringung
 die Vermögenssorge
 die Wohnungsangelegenheiten
 die Entgegennahme, dass Öffnen und das Anhalten der Post
 die Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten

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