

Klinikstempel / Absenderangabe

EILT!

Bitte sofort d. zuständigen Richter/in vorlegen!

Datum: _____

Amtsgericht Worms

- Betreuungsgericht -

Hardtgasse 6

67547 Worms

Per Telefax: 06241/905-320

Anregung zur Anordnung einer **vorläufigen Betreuung** bei dringender medizinischer Behandlungsbedürftigkeit

- Gleichzeitig: **Ärztliche Stellungnahme** -

(Dieses Formular ist **ausschließlich von einem Arzt/einer Ärztin** und **gut leserlich** auszufüllen und per Fax an das Amtsgericht Worms zu senden)

1. A) vollständiger Name d. **ausstell. Arztes/Ärztin**: _____
B) Funktion d. ausstell. Arztes/Ärztin: _____
C) Tel.-Nr. (Durchwahl) d. Arztes/Ärztin: _____
D) Faxnummer: _____

2. A) vollständiger Name d. **Patienten/in**: _____
B) Geburtsdatum: _____
C) Adresse: _____

D) seit wann befindet er/sie sich in der Klinik? _____

E) Auf welcher **Station** befindet er/sie sich aktuell? _____

3. A) Besteht bereits eine **Betreuung** (bei welchem Gericht)? Wer ist Betreuer (Adresse, Tel.)? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Nein

ja, nämlich:

B) Liegt eine **Vorsorgevollmacht** vor? Wer ist bevollmächtigt (Adresse, Telefon?)

Nein

ja, nämlich:

Falls „ja“: Die Vollmacht ist **als Anhang** beigefügt.

C) Existiert eine **Patientenverfügung**?

Nein

ja

Falls „ja“: Die Patientenverfügung ist **als Anhang** beigefügt

D) Ist bereits bei einem anderen Gericht eine Betreuung angeregt worden?
Wenn ja, wo?

4. A) Aufgrund welcher **Diagnose** ist d. Patient/in **nicht selbst einwilligungsfähig**, so dass eine Betreuung zumindest für den Aufgabenkreis der **Gesundheitsfürsorge** erforderlich ist? Bitte allgemeinverständlich beschreiben!

B) Auf welchen **ärztlichen Feststellungen** beruht diese Diagnose? Bitte allgemeinverständlich beschreiben!

C) Wie lange wird dieser Zustand voraussichtlich (noch) andauern (**vorläufige Prognose**)?

D) Ist d. Patient/in **kontaktierbar**, ggf. auch non-verbal?

Ja

nein

5. A) welche **ärztliche/n Maßnahme/n ist/sind aktuell dringend erforderlich**?
Bitte allgemeinverständlich beschreiben!

B) Wie lange kann mit der Durchführung der ärztlichen Maßnahme ohne Gefahr für Leib oder Leben d.Pat. noch gewartet werden?

C) Wie äußert sich d. Betroffene zu diesen Maßnahmen?

6. Für welche Bereiche wird eine Betreuung angeregt? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Gesundheitsfürsorge sowie die hierfür erforderliche Aufenthaltsbestimmung

Vertretung gegenüber Behörden und Versicherungen

Abschluss eines Heim- und Pflegevertrages

Organisation der ambulanten Versorgung

Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post i.R. der Aufgabenkreise

Entscheidung über Unterbringung/unterbringungsähnliche Maßnahmen

Vermögenssorge

7. A) wer sind die **nächsten Angehörigen** d. Pat. (Ehegatte, Kinder, Eltern etc.)? Bitte **Name(n)**, **Adresse(n)** und Stellung zum/zur Pat., **Telefonnummer(n)** (insb. **Mobil-Tel.Nr.**) angeben.

B) Wer kommt als (vorläufiger) **Betreuer** in Betracht, insb. von den vorstehend aufgeführten Personen? Wer hat sich ggf. bisher um die Angelegenheiten d. Pat. gekümmert?

C) Ist die in Betracht kommende Person bereit, als (vorläufiger) Betreuer zu fungieren?

Ja

nein

D) Befürwortet d. vorgeschlagene Betreuer(in) die unter **5.A.** genannten Maßnahmen?

Ja

nein

Unterschrift d. ausstellenden Arztes/Ärztin