
Datum

Praxisstempel

**Ärztliche Bescheinigung
für das Betreuungsgericht**

Aktenzeichen des Gerichts: 3 XVII _____

Name d. Betroffenen: _____

letzter Untersuchungstermin: _____

- Bei d. Betroffenen liegt **keine** medizinisch relevante Beeinträchtigung, Krankheit, bzw. geistige, seelische oder körperliche Behinderung vor.
- Bei d. Betroffenen liegt folgende medizinisch relevante Beeinträchtigung, Krankheit, bzw. geistige, seelische oder körperliche Behinderung vor:

Diagnose: _____

- Bei d. Betroffenen besteht **kein** Betreuungsbedarf.
- Bei d. Betroffenen besteht Betreuungsbedarf für mindestens folgende Dauer:

- D. Betroffene ist in der Lage zur freien und unbeeinflussten Bildung eines Willens und auch in der Lage nach den hieraus gewonnenen Erkenntnissen zu handeln?
- D. Betroffene ist **nicht** in der Lage zur freien und unbeeinflussten Bildung eines Willens und auch nicht in der Lage nach den hieraus gewonnenen Erkenntnissen zu handeln?

Sonstige Anmerkungen: _____

Unterschrift d. Arztes / Ärztin

Name leserlich: Herr/Frau _____