

An das Amtsgericht**– Betreuungsgericht –****Absender:**

Vorname, Name	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	Telefax
E-Mail (freiwillige Angabe)	

Antrag auf Genehmigung von ärztlichen Maßnahmen nach § 1829 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich bin die/der vom Betreuungsgericht

Name des Amtsgerichts	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)
-----------------------	--

bestellte Betreuerin/Betreuer für

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau
Name, Vorname der/des Betreuten	Geburtsdatum
Aktenzeichen/Geschäftsnummer des Amtsgerichts	

Aufgrund	Angabe der Krankheit
----------	----------------------

bedarf/bedurfte meine/mein Betreute/Betreuer

<input type="checkbox"/> dauerhaft	Datum	bis	Datum
<input type="checkbox"/> für einen Zeitraum von	Datum		
<input type="checkbox"/> voraussichtlich am	Datum		

der nachstehend angeführte/n ärztliche/n Maßnahme/n, wobei die begründete Gefahr besteht, dass die/der Betreute aufgrund der Maßnahme/n stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet:

<input type="checkbox"/> folgende Medikamente
<input type="checkbox"/> mittel- oder hochpotente Neuroleptiker
<input type="checkbox"/> mittel- oder hochpotente Psychopharmaka
<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Untersuchung des Gesundheitszustandes
<input type="checkbox"/> Heilbehandlung
<input type="checkbox"/> ärztlicher Eingriff

Ich habe in diese Maßnahme/n eingewilligt und bitte um Genehmigung der aus ärztlicher Sicht für notwendig erachteten Medikamentengabe.

Eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit der zuvor genannten ärztlichen Maßnahme liegt als Anlage diesem Schreiben bei.

Der/Dem behandelnden Ärztin/Arzt habe ich eine Liste von ergänzenden Fragen (als Anlage beigefügt) zukommen lassen mit der Bitte, diese dem Betreuungsgericht nach Beantwortung zuzusenden

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift der/des Betreuerin / Betreuers

Anlage/n