
Amtsgericht
Betreuungsgericht

**Gutachtlichen Stellungnahme M1/M2 gem. Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 JVEG über die ggf. weitere
Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung.**

Aktenzeichen: _____

Patient/in: _____

Letzte Untersuchung: _____ in der Praxis in der Wohnung

Wesentliche körperliche / geistige Erkrankungen (Codierung nach ICD 10):

Der/die Patient/in ist

zur Person orientiert. eingeschränkt orientiert. nicht orientiert.

zeitlich orientiert. eingeschränkt orientiert. nicht orientiert.

örtlich orientiert. eingeschränkt orientiert. nicht orientiert.

Der/die Patient/in kann ihre/seine finanziellen Angelegenheiten nicht mehr regeln.

ist nicht mehr in der Lage, eigenständig zu leben wegen

körperlicher geistiger Einschränkung.

Wegen der vorgenannten Gesundheitsstörungen ist die _____ der Betreuung erforderlich für:

die Sorge für die Gesundheit der/des Betroffenen einschließlich der Zustimmung zu medizinisch indizierten ärztlichen Heilmaßnahmen/-eingriffen.

die Vertretung in vermögensrechtlichen Angelegenheiten.

die Vertretung gegenüber Heim- und Klinikleitung, Versicherungen und sonstigen Institutionen.

die Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden.

die Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden einschließlich der Geltendmachung von Ansprüchen auf Altersversorgung/Sozialhilfe/Unterhalt.

Wegen der vorgenannten Gesundheitsstörungen ist die _____ der Betreuung des Weiteren erforderlich für:

- die Aufenthaltsbestimmung.
- die Aufenthaltsbestimmung einschließlich der Entscheidung über eine Unterbringung.
- die Aufenthaltsbestimmung einschließlich der Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 IV BGB).
- die Entscheidung über Wohnungsangelegenheiten / die Wohnungsauflösung.
- die Organisation ambulanter Hilfen.
- die Vertretung im gerichtlichen Verfahren: _____
- die Postangelegenheiten, d.h. die Befugnis zum Anhalten, Umleiten und Öffnen der Post der/des Betroffenen.
- Alle Angelegenheiten.
- Wahrnehmung der Rechte der/des Betroffenen gegenüber der/dem Bevollmächtigten
- sonstige Angelegenheiten: _____

Eine Verständigung mit d. Patient/in über die Notwendigkeit bzw. Sinn und Zweck der Betreuung ist krankheitsbedingt: möglich. nicht möglich. eingeschränkt möglich.

Der/die Patient/in ist im Hinblick auf die Einrichtung/Aufrechterhaltung der Betreuung

- zu einer freien Willensbildung in der Lage.
- nicht zu einer freien Willensbildung in der Lage.

Der/die Patient/in wird versorgt vom Pflegedienst:

_____ Tel.: _____
Pflegegrad: nein 1 2 3 4 5 unbekannt

Voraussichtliche Dauer der Betreuungsnotwendigkeit: _____

Der bestehende Einwilligungsvorbehalt im Bereich:

Vermögenssorge

ist weiterhin erforderlich, weil: _____



Ort, Datum

Stempel

Unterschrift