

## Ärztliches Attest

zum Antrag auf Einrichtung einer Betreuung  
bzw. Verlängerung einer bestehenden Betreuung

für

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

ist aufgrund ihrer

geistigen

körperlichen Gebrechen

nicht mehr in der Lage ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen:

Diagnose:

---

---

---

Die Betroffene habe ich zuletzt untersucht am: \_\_\_\_\_

Die Einrichtung einer Betreuung mit dem Wirkungskreis

Gesundheitsfürsorge,

Bestimmung des Aufenthalts,

Wohnungsangelegenheiten,

Vermögensangelegenheiten,

Rentenangelegenheiten,

Befugnis zum Empfang und Öffnen der Post,

\_\_\_\_\_

Die Einrichtung einer Betreuung mit dem bisherigen Wirkungskreis

halte ich - weiterhin - für erforderlich.

Eine Änderung des Betreuungsbedürfnisses ist voraussichtlich

dauerhaft nicht zu erwarten.

nicht vor Ablauf von \_\_\_\_\_ Jahren zu erwarten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes