**ANLAGE**

**zum Königlichen Erlass vom 29. Juli 2019 zur Festlegung der Form und des Inhalts des Musterformulars für ausführliche ärztliche Bescheinigungen in Ausführung von Artikel 1241 § 1 Absatz 1 des Gerichtsgesetzbuches**

**Einem Antrag beizufügende ausführliche ärztliche Bescheinigung**

(Artikel 1241 des Gerichtsgesetzbuches)

Diese ausführliche ärztliche Bescheinigung ist auf der Grundlage der aktualisierten medizinischen Daten wie der in Artikel 9 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten erwähnten Patientenakte oder einer kürzlich erfolgten Untersuchung der Person vom Arzt auszufüllen.

**Im Hinblick auf den gerichtlichen Schutz einer Person**

- **mit Bezug auf ihre Person** (Artikel 492/1 § 1 des Zivilgesetzbuches)1

- **mit Bezug auf ihr Vermögen** (Artikel 492/1 § 2 des Zivilgesetzbuches)1

- **mit Bezug auf ihre Person und ihr Vermögen**1

|  |
| --- |
| Bemerkung: Dieses Formular muss **vollständig** ausgefüllt werden. |

Name Vorname

Arzt (LIKIV-Nummer )

Straße Nr

Stadt PLZ

**Handelnd auf Antrag von:**

Herrn/Frau: Name Vorname

Wohnhaft in:

Straße Nr

Stadt PLZ

🗆 Ich erkläre hiermit, im Hinblick auf die Ausstellung der ausführlichen ärztlichen Bescheinigung am \_ \_/\_ \_/2\_ \_ \_ eine Untersuchung vorgenommen zu haben von (s. unten)

🗆 Ich erkläre hiermit, die ausführliche ärztliche Bescheinigung auf der Grundlage der aktualisierten medizinischen Daten aus der Patientenakte, die ich am \_ \_/\_ \_/2\_ \_ \_ konsultiert habe, auszustellen, nachdem ich dazu die freiwillige Einwilligung nach Aufklärung von Herrn/Frau (s. unten) oder gegebenenfalls von seinem/ihrem Vertreter erhalten habe,

🗆 Ich erkläre hiermit, die ausführliche ärztliche Bescheinigung auf der Grundlage der aktualisierten medizinischen Daten aus der Patientenakte, die ich am \_ \_/\_ \_/2\_ \_ \_ konsultiert habe, auszustellen, ohne dazu die freiwillige Einwilligung nach Aufklärung erhalten zu haben von

Herrn/Frau: Name Vorname

Geburtsdatum: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Wohnhaft in:

Straße Nr

Stadt PLZ

**und festgestellt zu haben, dass sein/ihr Gesundheitszustand wie folgt umschrieben werden kann:**

(*ausführliche Beschreibung des Gesundheitszustands und seiner Auswirkung auf die ordnungsgemäße Verwaltung seiner/ihrer Interessen vermögensrechtlicher oder anderer Art*)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1 Unzutreffendes streichen

(*Vervollständigen Sie diese Beschreibung, wenn nötig, auf einem beigefügten Blatt und fügen Sie alle für den Richter nützlichen Unterlagen bei*)

- Dieser Gesundheitszustand erfordert in der Regel Pflegeleistungen, die wie folgt umschrieben werden können:

- Meiner Meinung nach kann diese Person sich fortbewegen/nicht fortbewegen2.

- Fortbewegung ist aufgrund ihres Zustands angezeigt/nicht angezeigt2.

- Diese Person ist/ist nicht2 imstande, vom Bericht über die Verwaltung ihres Vermögens, wenn ihr ein Betreuer zugewiesen wird, Kenntnis zu nehmen.

Ich erkläre hiermit, dass ich mit dem Antragsteller oder der zu schützenden Person weder verwandt noch verschwägert bin, oder irgendwie an die Einrichtung gebunden bin, in der die zu schützende Person sich befindet.

........................................., den \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Unterschrift und Stempel des Arztes,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 Unzutreffendes streichen.