

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

An das  
Amtsgericht  
- Betreuungsgericht-

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

### Antrag auf Genehmigung einer Heilbehandlung

Betreuung für \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

AZ: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

Frau/Herr \_\_\_\_\_ ist behandlungsbedürftig. Zur eigenen Einwilligung ist sie/er nach meiner Einschätzung sowie nach der Einschätzung des behandelnden Arztes nicht in der Lage. Nach Auskunft des behandelnden Arztes ist die beabsichtigte Heilbehandlung

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

gefährlich im Sinne des § 1904 BGB.

Es besteht die begründete Gefahr:

des dauerhaften Verlustes folgender Fähigkeit

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

folgender Nebenwirkungen

---

---

---

des Todeseintritts infolge der Behandlung.

Eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit füge ich dem Schreiben bei.

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt:

---

---

(Name, Adresse, Telefonnr.)

Der/die Betreute befindet sich z.Zt. in folgendem Krankenhaus:

---

---

(Adresse, Telefon-Nr.)

Mit freundlichem Gruß

(Betreuer:in/Vollmachtnehmer:in)