

**Ärztliches Zeugnis zur Erforderlichkeit  
einer unverzüglichen ärztlichen Zwangsmaßnahme**

Herr/Frau .....  
geboren am.....  
wohnhaft.....  
zurzeit.....

leidet nach meiner eigenen Wahrnehmung vom ..... an

- einer psychischen Krankheit, nämlich (Diagnose):  
.....
- einer seelischen Behinderung, nämlich (Diagnose):  
.....
- einer geistigen Behinderung, nämlich (Diagnose):  
.....

Die Krankheit/Behinderung zeigt sich in den folgenden Symptomen:  
.....  
.....  
.....

Welche ärztlichen Maßnahmen (Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlung, ärztlicher Eingriff) sollen durchgeführt werden?  
.....  
.....  
.....

Entspricht die beabsichtigte ärztliche Maßnahme dem nach § 1901a BGB zu beachtenden Willen des/der Betroffenen?

- Nein                       Ja, was sich aus folgenden Umständen ergibt:  
.....  
.....  
.....  
.....

Gibt der/die Betroffene mit einem natürlichen Willen eine Ablehnung bzgl. der beabsichtigten ärztlichen Maßnahme zu verstehen?

- Ja                       Nein                       Er/Sie kann sich dazu nicht äußern.

Ist der/die Betroffene aufgrund der psychischen Krankheit/geistigen oder seelischen Behinderung nicht in der Lage,

- die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu erkennen und/oder  
 nach der vorhandenen Einsicht zu handeln?  
 Ja                       Nein, weil:

.....  
.....

Folgende – erfolglosen – Versuche zur Erzielung eines Therapieeinverständnisses wurden unternommen:

.....  
.....  
.....  
.....

Welcher Schaden droht, wenn die ärztlichen Maßnahmen unterbleiben?

.....  
.....  
.....  
.....

Kann der Schaden durch andere zumutbare Maßnahmen abgewendet werden?

- Nein                       Ja, und zwar durch:

.....  
.....  
.....

Der zu erwartenden Nutzen der ärztlichen Maßnahme überwiegt die zu erwartenden Beeinträchtigungen, weil:

.....  
.....  
.....

Eine einstweilige Genehmigung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme setzt voraus, dass mit dem Aufschub Gefahr im Verzuge ist. Worin besteht hier die Gefahr?

.....  
.....  
.....  
.....

**Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist:**

Herr/Frau .....

Arzt/Ärztin für .....

Adresse: .....

(Stempel)

Die Richtigkeit dieser Angaben bezeuge ich durch meine Unterschrift:

---

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)