

Absender _____

Telefon-Nr.: _____

Datum: _____

**Aktenzeichen
bitte stets angeben!**

Amtsgericht

Anregung zur Einrichtung einer Betreuung

Für

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsort, Geburtsdatum

wird eine Betreuung angeregt mit dem/den Aufgabenbereich/en

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge | <input type="checkbox"/> Vermögenssorge |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> Grundstücksangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen | <input type="checkbox"/> Entscheidung über eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung |
| <input type="checkbox"/> Bestimmung des gewöhnlichen Aufenthalts im Ausland | <input type="checkbox"/> Bestimmung des Umgangs |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über die Telekommunikation einschließlich der elektronischen Kommunikation | <input type="checkbox"/> Entscheidung über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Angelegenheiten bezüglich der stationären Wohneinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Organisation der ambulanten Versorgung | <input type="checkbox"/> Behörden-, Renten- und andere Sozialleistungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsrechtliche Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> Ausländerrechtliche Angelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Familienrechtliche Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> Nachlassangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Auskunfts- und Rechenschaftsansprüchen d. Betreuten gegenüber Dritten | <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Rechten gegenüber seiner/m/ihrer/m Bevollmächtigten |
| <input type="checkbox"/> Versicherungsangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Einwilligung in eine Sterilisation (§ 1817 Absatz 2 BGB) |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Folgende Willenserklärungen sollen der Einwilligung eines/einer Betreuers/Betreuerin bedürfen: | |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge | <input type="checkbox"/> |

D. Betroffene ist nicht in der Lage, insoweit seine/ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen weil:

☐ Eile ist geboten, weil

☐ Ein ärztliches Zeugnis überreiche/n ich/wir.

☐ Ein ärztliches Zeugnis sollte vom Gericht eingeholt werden.

☐ Hausärztin/Hausarzt ist meines/unseres Wissens Frau/Herr

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer

Zu einer Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

☐ hat sich d. Betroffene zustimmend geäußert. Eine Erklärung hierüber

☐ überreiche/n ich/wir.

☐ reiche/n ich/wir nach.

☐ kann sich d. Betroffene nicht äußern.

☐ können keine Angaben gemacht werden.

D. Betroffene hat von dieser Anregung ☐ keine Kenntnis.

☐ Kenntnis und hat ihr

☐ zugestimmt.

☐ nicht zugestimmt.

☐ Die Zustimmung überreiche/n ich/wir.

Zu einer Betreuerstellung hat d. Betroffene

☐ ihre/seine Zustimmung erklärt.

☐ Diese überreiche/n ich/wir.

☐ ihre/seine Zustimmung verweigert.

☐ sich nicht geäußert.

D. Betroffene befindet sich z. Zt. derzeit nicht in ihrer/seiner üblichen Umgebung, sondern in

Ort, Einrichtung, Anschrift

bis voraussichtlich:

Telefon-Nr.:

Mit einer Anhörung in ihrer/seiner üblichen Umgebung ist d. Betroffene

☐ einverstanden.

☐ nicht einverstanden.

D. Betroffene kann zur Anhörung beim Gericht und zur Untersuchung beim Sachverständigen

☐ kommen.

☐ nicht kommen.

☐ Bei der Anhörung d. Betroffenen können sich für das Gericht folgende Schwierigkeiten ergeben:

☐ Schwerhörigkeit

☐ Sehbehinderung

☐

☐ Ein Dolmetscher für die Sprache

ist erforderlich.

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen
--	-------------------------------

c) folgende sonstige Vollmacht/en zugunsten folgender Person/en:
(Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer)

Kopien dieser Vollmacht/en /Verfügung/en ☐ füge/n ich/wir bei. ☐ werde/n ich/wir nachreichen.

Unterschrift/en