

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