

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

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"/>   |

Zutreffendes bitte ankreuzen

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.

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

Ein Anhörungs- und Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch Frau/Herrn

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

Die Einleitung einer Betreuung ist angeregt worden von

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

D. Betroffene schlägt vor,  Ich rege /Wir regen an,

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

zur Betreuerin/zum Betreuer zu bestellen.

Diese/r ist damit  einverstanden.  nicht einverstanden.

D. Betroffene ist damit  einverstanden.  nicht einverstanden.

Zur Person des Betreuers kann ich/können wir keinen Vorschlag machen.

Für die Auswahl der Betreuerin/des Betreuers erscheint wichtig:

---

---

Um die Betroffene/den Betroffenen kümmert sich:

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

Zu den nächsten Angehörigen und Bekannten gehören folgende Personen:

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

Soweit mir/uns bekannt ist, besteht/bestehen

a) folgende Betreuungsverfügung/en zugunsten folgender Person/en:  
(Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer)

b) folgende Vorsorgevollmacht/en zugunsten folgender Person/en:  
(Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer)

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen!

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