

(Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen;
Unzutreffendes streichen)

An das Amtsgericht

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

Anregung zur Einrichtung einer Betreuung

Ich rege an, eine Betreuung für Frau /Herrn

Vorname, Name, Anschrift, Geburtsdatum- u. ort, Telefon

mit folgendem/n Aufgabenkreis/en einzurichten:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge | <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Entscheidung über die Unterbringung |
| <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden und Institutionen | <input type="checkbox"/> in allen Angelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

.....

Für den/die Aufgabenkreise
ist/sind ein Einwilligungsvorbehalt zu empfehlen.

Die/Der Betroffene befindet sich zurzeit in einer sozialen, pflegerischen bzw.
therapeutischen Einrichtung

Anschrift, Telefon, Ansprechpartner/in

Beziehung zur/zum Betroffenen

Die/Der Betroffene ist nicht in der Lage, seine Angelegenheiten selbst besorgen.

Es liegt eine

psychischen Erkrankung

körperlichen Erkrankung

geistigen Behinderung

seelischen Behinderung
vor.

Es ist Eile geboten, weil

.....

.....

Eine ärztliche Stellungnahme liegt bei reichen wir/ich nach.

Hausärztin/Hausarzt ist unseres/meines Wissens Frau/Herr

Vorname, Name, Anschrift, Telefon

Zu einer Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

liegt keine Erklärung vor liegt eine Erklärung der/des Betroffenen bei

können/kann wir/ich keine Angaben machen.

Die/Der Betroffene hat von dieser Anregung

Kenntnis hat der Anregung zugestimmt keine Kenntnis

nicht zugestimmt

Die/Der Betroffene kann zur Anhörung beim Gericht und/oder zur Untersuchung bei einem Sachverständigen.

kommen nicht kommen.

Bei der Anhörung der/des Betroffenen können sich für das Gericht aufgrund einer

- Schwerhörigkeit Sehbehinderung situativen Desorientierung
 Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit dementiellen Symptomatik
 Einschränkung der Wahrnehmungsfähigkeit

der betreffenden Person Schwierigkeiten ergeben.

- Die/Der Betroffene schlägt vor, Frau/Herrn Es wird angeregt, Frau/Herrn

Vorname, Name, Anschrift, Telefon

Beziehung zur/zum Betroffenen

zur /zum Betreuer/in zu bestellen.

Soweit bekannt, besteht eine

- Betreuungsverfügung Vorname, Name, Anschrift, Beziehung, Telefon

- Patientenverfügung Vorname, Name, Anschrift, Beziehung, Telefon

- Vollmacht Vorname, Name, Anschrift, Beziehung, Telefon

Name und Anschrift von Kontaktpersonen, Verwandten etc. (soweit bekannt).

Die Betreuung wird angeregt von (Absender)

Vorname, Name, Anschrift, Telefon

Beziehung zur/zum Betroffenen

Ort, Datum

Unterschrift