

Absender: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

-----



Aktenzeichen  
Bitte stets angeben

An das Amtsgericht

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen!

## Anregung zur Einrichtung einer Betreuung

Wir regen an, eine Betreuung für Frau / Herrn

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Anschrift:</b>		
<b>Telefonnummer:</b>		

einzurichten mit dem Aufgabenkreis

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sorge für die Gesundheit | <input type="checkbox"/> Vermögenssorge                    |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung    | <input type="checkbox"/> Vertretung vor Ämtern und Behörde |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten  | <input type="checkbox"/>                                   |

Die/DerBetroffene ist nicht in der Lage, insoweit für sich selbst zu sorgen, weil

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eile ist geboten, weil

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ein ärztliches Attest  überreichen wir.  werden wir nachreichen.  
 sollte vom Gericht eingeholt werden.

Hausärztin/Hausarzt ist meines Wissens Frau/Herr

Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer
_____
_____

Zu einer Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

- hat sich die /der Betroffene zustimmend geäußert. Eine Erklärung hierüber  
 überreichen wir.  werden wir nachreichen.
- hat sich die / der Betroffene nicht geäußert.  
 können wir keine Angaben machen.

- Die /Der Betroffene hat von dieser Anregung  
 Kenntnis und hat ihr  zugestimmt  keine Kenntnis  
 nicht zugestimmt.

- Zu einer Betreuerbestellung hat die / der Betroffene  
 ihre/seine Zustimmung erklärt.  Diese überreichen wir.  Diese werden wir nachreichen.
- ihre/seine Zustimmung verweigert.  
 sich nicht geäußert.

Die/ der Betroffene befindet sich z. Zt. nicht in seiner üblichen Umgebung, sondern in

Ort, Einrichtung \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Mit einer Anhörung in ihrer / sein er üblichen Umgebung ist die/der Betroffene  
 einverstanden.  nicht einverstanden.

Die / Der Betroffene kann zur Anhörung beim Gericht und zur Untersuchung beim Sachverständigen  
 kommen.  nicht kommen.

Bei der Anhörung der / des Betroffenen können sich für das Gericht folgende Schwierigkeiten ergeben:  
 Schwerhörigkeit  Sehbehinderung  . \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Ein Anhörungs- und Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch Frau / Herrn	
Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen
<input type="checkbox"/> Die Einleitung einer Betreuung ist angeregt worden von	
Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen
<input type="checkbox"/> Die/Der Betroffene schlägt vor,	<input type="checkbox"/> Es wird angeregt,
Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen

zur/zum Betreuer(in) zu bestellen.

- Diese/Dieser ist damit  einverstanden.  nicht einverstanden.

Für die Auswahl des Betreuers erscheint wichtig:

---

---

---

---

Um die/ den Betroffenen kümmert sich:

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

Soweit uns bekannt ist, besteht / bestehen

- a) folgende Betreuungsverfügung(en):
- b) folgende Altersvorsorgevollmacht(en):
- c) folgende sonstige Vollmacht(en):

Datum: ..... Unterschrift: .....