

Absender \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum \_\_\_\_\_

▶ **Aktenzeichen  
bitte stets angeben!**

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen

An das  
Amtsgericht / Betreuungsgericht

### Anregung zur Einrichtung einer Betreuung

Wir regen an, eine Betreuung für Frau / Herrn

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsort, Geburtsdatum

einzurichten mit dem Aufgabenkreis

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge   | <input type="checkbox"/> Vermögenssorge  |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung  | <input type="checkbox"/> Entscheidung über die Unterbringung                                       |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB)   | <input type="checkbox"/> Empfang, Öffnen und Anhalten der Post                                     |
| <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden   | <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Ansprüchen auf Leistungen aller Art                    |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten  | <input type="checkbox"/> Vertretung in heim- und pflegerechtlichen Angelegenheiten                 |
| <input type="checkbox"/> alle Angelegenheiten, inklusive Empfang, Öffnen und Anhalten der Post sowie die Entscheidung über den Fernmeldeverkehr | <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Rechten d. Betreuten gegenüber seinem Bevollmächtigten |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

- Folgende Willenserklärungen sollen der Einwilligung bedürfen:
- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge        | <input type="checkbox"/> |

D. Betroffene 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

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer

Zu einer Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

hat sich d. Betroffene zustimmend geäußert. Eine Erklärung hierüber

überreichen wir.  werden wir nachreichen.

hat sich d. Betroffene nicht geäußert.

können wir keine Angaben machen.

D. Betroffene hat von dieser Anregung  keine Kenntnis.

Kenntnis und hat ihr  zugestimmt.  nicht zugestimmt.

Zu einer Betreuerbestellung hat d. Betroffene

ihre / seine Zustimmung erklärt.  Diese überreichen wir.  Diese werden wir nachreichen.

ihre / seine Zustimmung verweigert.

sich nicht geäußert.

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

Ort, Einrichtung

\_\_\_\_\_ 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.

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,

Es wird angeregt,

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

zur / zum Betreuer zu bestellen.

Diese(r) ist damit

einverstanden.

nicht einverstanden.

Für die Auswahl des Betreuers erscheint wichtig:

---

---

---

Um d. 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 uns bekannt ist, besteht / bestehen

a) folgende Betreuungsverfügung(en) zugunsten folgender Person:

(Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer)

b) folgende Altersvorsorgevollmacht(en) zugunsten folgender Person:

(Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer)

c) folgende sonstige Vollmacht(en) zugunsten folgender Person:

(Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer)

Kopien dieser Vollmacht(en)/Verfügung(en)

fügen wir bei.

werden wir nachreichen.

---

Unterschrift