Amtsgericht Wunsiedel
 [Ort]

**– Betreuungsgericht –**

Kemnather Str. 33
[Straße und Hausnummer/Postfach]

95632 Wunsiedel
[Postleitzahl und Ort]

**Absender:**

[Name]

[Straße und Hausnummer]

[Postleitzahl und Ort]

Telefon:
Telefax:
Mobiltelefon:
E-Mail:

 Datum:

# Anregung einer Betreuung

Ich rege / Wir regen an, für

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |        |
| geboren am: |        |
| Anschrift: |        |
| derzeitiger Aufenthalt: |        |
| Telefon |       |

einen rechtlichen Betreuer für folgende Aufgabenkreise zu bestellen:

[ ]  Aufenthaltsbestimmung

[ ]  Entscheidung über Unterbringung

[ ]  Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB)

[ ]  Gesundheitsfürsorge

[ ]  Organisation der ambulanten Versorgung

[ ]  Vermögenssorge

[ ]  Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern

[ ]  Wohnungsangelegenheiten

[ ]  Abschluss, Änderung und Kontrolle der Einhaltung eines Heimpflegevertrages

[ ]  Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post im Rahmen der übertr. Aufgabenkreise

[ ]  Haus- und Grundstücksangelegenheiten

[ ]  Alle Angelegenheiten

[ ]

|  |
| --- |
| Der Betroffene hat aus folgenden Gründen (z.B. geistig/seelische Behinderung und/ oder psychische Erkrankung) die Fähigkeit verloren, seine Angelegenheiten eigenverantwortlich, vollständig und fristwahrend zu erledigen: |
|        |
| Ist dem Betroffenen bewusst, an welcher Behinderung und/oder psychischen Erkrankung er leidet? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Wurden dem Betroffenen Medikamente zur Behandlung seiner psychischen Erkrankung verordnet? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| wenn ja, welche?       |
| **Behandelnder Arzt und Fachrichtung:** |
| Name, Fachrichtung |       |
| Anschrift, Telefon |       |
| **Derzeitige Situation des Betroffenen** (Versorgung in der häuslichen Umgebung durch Angehörige, ambulante Dienste, Aufenthalt in einer stationären Einrichtung, etc.): |
|        |
| Leidet der Betroffene an Wahnideen (z.B. Verfolgungswahn, Vergiftungswahn)? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Beobachten Sie Personenverwechslungen? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Besteht akute Suizidalität? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Ist der Betroffene örtlich orientiert?  | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Weiß er wo er wohnt? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Ist es möglich sich mit dem Betroffenen zu verständigen? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Kennt der Betroffene seine persönliche Situation? Ist ihm diese bewusst? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Kennt der Betroffene seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| **Weitere Angaben:** |
| Folgende Verwandte oder Vertrauenspersonen sind bekannt:(Name, Vorname, Anschrift, Telefon, Verhältnis/Beziehung zum Betroffenen) |
|       |
| Meine Beziehung zum Betroffenen (z.B. Grad der Verwandtschaft, MA einer Einrichtung, etc.) |
|       |
| Vertragliche Verpflichtungen zwischen mir und dem Betroffenen (z.B. notariell beurkundete Verpflichtungen, Vollmacht, etc.) |
|       |
| Bestehen Vollmachten? Wenn bekannt bitte angeben: (Name und Anschrift des Bevollmächtigten, Datum und wesentlicher Inhalt der Vollmacht) |
|       |
| Kopie der Vollmacht liegt bei. | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Über welche Einkommen verfügt der Betroffene?**(z.B.: Arbeitseinkommen, Gehalt, Rente, Krankengeld, Leistungen der Arbeitsagentur, Leistungen eines Sozialhilfeträgers) |
|       |
| Sind Sie über die Vermögensverhältnisse des Betroffenen informiert?(z.B. Bankguthaben, Grundbesitz, sonstige Werte) |
| Beträgt das Vermögen (mit Ausnahme von selbst bewohntem Grundbesitz d. Betreuten) mehr als 5.000 Euro? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Ist der Betroffene verschuldet? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Schuldenhöhe? €       |
| Ist die Betreuungsanregung mit dem Betroffenen im Vorfeld besprochen? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Ist der Betroffene mit einer Betreuerbestellung einverstanden?  | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| **Als Betreuer schlage ich vor: (Name, Vorname, Anschrift, Telefon)** |
|       |
| Dieser Vorschlag entspricht dem Wunsch des Betroffenen? | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| **Bei der Anhörung können folgende Schwierigkeiten auftreten:** |
| [ ]  Schwerhörigkeit |
| [ ]  Sehbehinderung |
| [ ]  Erfordernis eines Dolmetschers |
| [ ]  Sonstiges       |
| **Einen Gesprächstermin mit dem Betroffenen kann vermitteln:** |
|       |
| Es ist Eile geboten, weil |
|       |
|  |
| Datum Unterschrift |