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 | | | | |