

(bitte nachfolgende Angaben in jedem Fall vollständig ausfüllen)

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße / Hausnummer	PLZ / Wohnort
_____	_____
Telefon privat	Telefon dienstlich

Amtsgericht München
Betreuungsgericht
Linprunstraße 22
80097 München

Betreuungsanregung

Ich rege an, für (bitte vollständige Angaben!)

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Geburtsname:	Geburtsdatum:

Wohnort: (Straße / Hausnummer / PLZ / Wohnort)	

eventuell abweichender derzeitiger Aufenthalt:	

Telefon:	

eine Betreuerin/einen Betreuer zu bestellen, weil d. Betroffene insbesondere folgende Angelegenheiten nicht mehr selbst erledigen kann:

(Sie können auch einen oder mehrere der Ihnen notwendig erscheinenden nachfolgend aufgeführten Aufgabenkreise ankreuzen, in denen nach Ihrer Meinung ein Betreuer/in tätig werden muss. Das Gericht wird Ihre Anregungen berücksichtigen, hat aber von Amts wegen nach Durchführung entsprechender Ermittlungen über die ihm notwendig erscheinenden Aufgabenkreise zu entscheiden.)

<input type="checkbox"/>	Aufenthaltsbestimmung
<input type="checkbox"/>	Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen und deren Kontrolle
<input type="checkbox"/>	Sorge für die ärztliche Behandlung
<input type="checkbox"/>	Entscheidung über eine Untersuchung bzw. Operation
<input type="checkbox"/>	Organisation ambulanter Hilfen zur häuslichen Versorgung
<input type="checkbox"/>	Verwaltung der Einkünfte
<input type="checkbox"/>	Verwaltung des Vermögens
<input type="checkbox"/>	Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern
<input type="checkbox"/>	Wohnungsangelegenheiten
<input type="checkbox"/>	Abschluß und Kontrolle eines Heimvertrages
<input type="checkbox"/>	Vertretung gegenüber der Heimleitung
<input type="checkbox"/>	Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
1.	Die/der Betroffene hat m.E. aus folgenden Gründen (z.B. Behinderung/psychische Erkrankung) die Fähigkeit verloren, ihre/seine Angelegenheiten selbst zu regeln: _____ _____ _____
2.	Die/der Betroffene weiß, an welchen Krankheiten/ Behinderungen sie/er leidet. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
3.	Es werden Medikamente zur Behandlung einer psychischen Krankheit eingenommen, wenn ja, welche? _____
4.	Behandelnder Arzt und Fachrichtung: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____
5.	Derzeitige Situation der/des Betroffenen (z.B. häusliche Versorgung durch Angehörige, ambulante Dienste, Krankenhaus): _____ _____ _____

6.1	Die/der Betroffene hat Wahnideen (z.B. Verfolgungswahn, Vergiftungswahn.....)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
6.2	Es kommt zu Personenverwechslungen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
6.3	Sie/er äußert Selbstmordgedanken.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
6.4	Eine Verständigung mit ihr/ihm ist möglich.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
6.5	Sie/er weiß wo sie/er wohnt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
6.6	Sie/er weiß über ihre/seine persönliche Situation Bescheid.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
6.7	Sie/er weiß über ihre/seine Einkommens/ Vermögensverhältnisse Bescheid.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
6.8	Weitere Angaben: _____ _____ _____			
7.	Folgende nahestehende Verwandte oder Vertrauenspersonen sind mir bekannt (z.B. Eltern, Kinder, Enkel, Ehegatte): Bitte Angabe von Name, Vorname, sonstiges Verhältnis/Beziehung zu der/dem Betroffenen mit Anschrift und Telefon. _____ _____ _____			
8.	Meine Beziehung zu der/dem Betroffenen (z.B. verwandtschaftlicher Art/Vertrauensperson) _____			
9.	Vertragliche Verpflichtungen zwischen mir und der/dem Betroffenen (z.B. notariell beurkundete Verpflichtungen) _____ _____			
10.1	Soweit bekannt, bestehen folgende Vollmachten: (Name u. Anschrift der/des Bevollmächtigten, Datum u. wesentlicher Inhalt der Vollmacht) _____ _____			
10.2	Kopie der Vollmacht bitte beifügen.	Vollmacht ist beigefügt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

11.	Einkommensverhältnisse der/des Betroffenen (z.B. Rente, Krankengeld, Leistungen des Arbeitsamtes, Arbeitseinkommen) <hr/> <hr/> <hr/>
12.1	Vermögensverhältnisse der/des Betroffenen (z.B. Bankguthaben, Grundbesitz, sonstige Werte) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt Höhe des Vermögens über 5.000 Euro? <hr/> <hr/>
12.2	Die/der Betroffene hat Schulden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt Höhe der Schulden: Euro _____
13.1	Die/der Betroffene ist über die Betreuungsanregung informiert. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
13.2	Die/der Betroffene ist mit einer Betreuerbestellung einverstanden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
13.3	Als Betreuerin/Betreuer schlage ich vor: <hr/> Name / Vorname <hr/> Anschrift / Telefon: <hr/>
13.4	Dieser Vorschlag entspricht dem Wunsch der/des Betroffenen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
14.	Sie/er ist mit der Übernahme der Betreuung einverstanden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
	Bei der Anhörung können folgende Schwierigkeiten auftreten: - Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - Sehbehinderung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - Erfordernis eines Dolmetschers für: _____ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - Sonstige _____
15.	Einen Gesprächstermin mit der/dem Betroffenen kann vermitteln: <hr/> <hr/>

16.	Es ist besondere Eile geboten, weil _____ _____ _____ _____
-----	--

_____/_____
Ort / Datum:

Unterschrift