

# Anregung zur Bestellung eines Betreuers

Amtsgericht  
Betreuungsgericht  
Kirchplatz 13  
93413 Cham



## Antragsteller:

Name:	Vorname (Bitte alle Vornamen angeben!):		
Straße, Hausnummer:	PLZ:	Ort:	
E-Mail:	Telefon:	Telefax:	

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich rege an, für Herrn / Frau

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer
---

einen Betreuer zu bestellen.

Als Aufgabenkreise des Betreuers schlage ich vor:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung  | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung für nervenärztliche Behandlung  |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge  | <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge für nervenärztliche Behandlung  |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge   | <input type="checkbox"/> Wohnangelegenheiten   |
| <input type="checkbox"/> Abschluss, Änderung und Kontrolle der Einhaltung des Heim- und Pflegevertrages   | <input type="checkbox"/> Organisation der ambulanten Versorgung  |
| <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Rente- und Sozialleistungsträgern | <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Rechten der Betroffenen gegenüber seinem Bevollmächtigten                                      |
| <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post, Entscheidung über Fernmeldeverkehr  | <input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten, incl. Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post, sowie Entscheidung über Fernmeldeverkehr |
| <input type="checkbox"/> _____  |  |

Der/Die Betroffene ist krankheitsbedingt nicht in der Lage, insoweit für sich selbst zu sorgen.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Er leidet an                        | <input type="checkbox"/> einer Schizophrenie                              |
| <input type="checkbox"/> einem hirnorganischen Psychosyndrom | <input type="checkbox"/> einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis |
| <input type="checkbox"/> einer senilen Demenz                |   |
| <input type="checkbox"/> vom Alzheimer Typ                   |   |
| <input type="checkbox"/> vaskulärer Genese                   |   |

<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____

### Schilderung des Krankheitsbildes:

---

---

---

---

Es ist Eile geboten, weil

---

---

---

---

- Anliegend überreiche ich ein ärztliches Zeugnis über die Erkrankung.  
 Ein ärztliches Zeugnis reiche ich nach.  
 Hausarzt ist meines Wissens

Vorname, Name, Anschrift der Arztpraxis, Telefonnummer

- Der/Die Betroffene hat von dieser Anregung Kenntnis.**  
 Der / Die Betroffene ist mit der Betreuerbestellung einverstanden.  
 Die Einwilligungserklärung werde ich nachreichen.  
 Der / Die Betroffene ist mit der Betreuerbestellung nicht einverstanden.

**Der / Die Betroffene hat von dieser Anregung keine Kenntnis.**

Der / Die Betroffene befindet sich z. Zt. nicht in seiner üblichen Umgebung, sondern voraussichtlich bis  
in

derzeitige Anschrift d. Betroffenen, Telefonnummer

Der / Die Betroffene befindet sich voraussichtlich ab \_\_\_\_\_ in

voraussichtliche künftige Anschrift d. Betroffenen, Telefonnummer

Der / Die Betroffene ist mit der Anhörung  
in seiner üblichen Umgebung

einverstanden  nicht einverstanden

Zur Anhörung und zur Untersuchung kann der/die  
Betroffene zum Gericht bzw. Sachverständigen

kommen  nicht kommen

Bei der Anhörung der Betroffenen können sich für das Gericht folgende Schwierigkeiten ergeben:

- Schwerhörigkeit  Sehbehinderung  
 mangelnde Sprachkenntnisse  \_\_\_\_\_

Ein Anhörungs- und Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch:

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und ggf. Verwandtschaftsgrad

Soweit mir bekannt ist, gehören folgende Personen zu den nächsten Angehörigen und Bekannten:

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und ggf. Verwandtschaftsgrad

Als besondere Vertrauensperson kommt in Betracht:

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und ggf. Verwandtschaftsgrad

Um den/die Betroffene(n) kümmert sich:

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und ggf. Verwandtschaftsgrad

