

**Antragssteller**

**Aktenzeichen**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Beziehung zu d. Betroffenen: \_\_\_\_\_

_____
_____

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Amtsgericht Coburg  
Betreuungssachen  
Heiligkreuzstr. 22  
96450 Coburg

**Anregung einer Betreuung**

**Ich bitte das Betreuungsgericht zu prüfen, ob für**

Vorname, Name:	_____
Geburtsdatum:	_____
Anschrift:	_____
Telefon / Handy:	_____
Familienstand:	_____
Wohnsituation:	_____
<small>(z.B. alleine, Familie, WG, Heim...)</small>	

**die Errichtung einer Betreuung erforderlich ist.**

**1. D. Betroffene leidet an folgender Krankheit:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der Hausarzt d. Betroffenen ist: \_\_\_\_\_

D. Betroffene ist darüber hinaus in nervenärztlicher Behandlung:

Ja, bei \_\_\_\_\_

Nein.

**2. D. Betroffene benötigt Hilfe bei folgenden Angelegenheiten:**

---

---

---

---

**3. Besteht die konkrete Gefahr, dass d. Betroffene sich durch eigenes unüberlegtes rechtsgeschäftliches Handeln seiner/ihrer Person oder seinem/ihrer Vermögen Schaden zufügen wird?**

Nein

Ja, weil \_\_\_\_\_

---

---

---

**4. Hat d. Betroffene Vollmachten erteilt?**

Nein

Ja,  die Vollmacht/en liegt/liegen mir vor und wird/werden in der Anlage übermittelt.

die Vollmacht liegt mir nicht vor.

Die Kontaktdaten d. Bevollmächtigten sind:

Vorname, Name:	_____
Geburtsdatum:	_____
Anschrift:	_____
Telefon / Handy:	_____
Beziehung zum Betroffenen:	_____

**5. Ist d. Betroffene mit einer Betreuerbestellung einverstanden?**

Ja

Nein

D. Betroffene kann sich dazu nicht äußern, weil \_\_\_\_\_

---

## 6. Als Betreuungsperson käme in Betracht:

- Ich selbst  
 Ich kann niemanden vorschlagen  
 Folgende Person:

Vorname, Name:	_____
Geburtsdatum:	_____
Anschrift:	_____
Telefon / Handy:	_____
Beziehung z. Betroffenen:	_____

## 7. Angehörige / Vertrauenspersonen d. Betroffenen sind:

<b>Eltern:</b>	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Anschrift:	_____	_____
Telefon / Handy:	_____	_____
<b>Ehegatte:</b>	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Anschrift:	_____	_____
Telefon / Handy:	_____	_____
<b>Kinder:</b>	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Anschrift:	_____	_____
Telefon / Handy:	_____	_____
<b>Enkel:</b>	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Anschrift:	_____	_____
Telefon / Handy:	_____	_____
<b>Sonstige:</b>	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Anschrift:	_____	_____
Telefon / Handy:	_____	_____
Beziehung:	_____	_____

**8. Ist ein sofortiges Tätigwerden der betreuenden Person erforderlich:**

Nein

Ja, weil folgende Angelegenheiten dringend geregelt werden müssen:

---

---

---

**9. Kann d. Betroffene (ggf. in Begleitung) einen Termin im Gerichtsgebäude wahrnehmen?**

Ja

Nein, weil \_\_\_\_\_

---

**10. Weitere Anmerkungen / Anregungen / Vorschläge / Hinweise:**

---

---

---

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Bei Bedarf von der Geschäftsstelle auszufüllen:

Wegen der Dringlichkeit wurde auf richterliche Anordnung ein Attestvordruck zum Ausfüllen durch den behandelnden Arzt ausgehändigt.

Die Anregung stammt von der betroffenen Person selbst. Da eine rein körperliche Krankheit/Behinderung vorzuliegen scheint, wurde auch ein Antrag aufgenommen (§ 1814 IV 2 BGB).

Coburg, den \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift)