

Abs.: \_\_\_\_\_

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

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

Fax: 0861-56-501  
Amtsgericht Traunstein  
-Betreuungsgericht-  
Herzog-Otto-Str. 1  
83276 Traunstein

Ich rege an, gemäß § 1896 BGB eine **B e t r e u u n g** anzuordnen für:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
ausgeübter Beruf

\_\_\_\_\_  
genaue Anschrift (mit Wegweisung, z.B. 200 m nach Ortseinfahrt, dann Richtung ... links)

\_\_\_\_\_  
derzeitiger Aufenthalt

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

Der **Wirkungskreis** des Betreuers soll umfassen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge         | <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Dritten        |
| <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten             |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung    | <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten                 |
| <input type="checkbox"/> Unterbringungsmaßnahmen  | <input type="checkbox"/> Bettgitter, Bauchgurt und ähnliches |
| <input type="checkbox"/> _____                    | <input type="checkbox"/> _____                               |

Für das **Amt des Betreuers** schlage ich vor (gilt nur für ehrenamtliche Betreuer):

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon

- D. in Aussicht genommene Betreuer/in ist damit einverstanden.
- Die Auswahl des Betreuers wird dem Gericht überlassen, weil
- ein Berufsbetreuer erforderlich sein könnte.
  -
- \_\_\_\_\_

Es besteht ein Bedürfnis dafür, die genannten Angelegenheiten einem Betreuer zu übertragen, da d. Betroffene diese nicht (mehr) selbst besorgen kann wegen:

- Bewegungsunfähigkeit
  - Verwirrtheitszuständen
  - sonstiger körperlicher/geistiger Behinderungen
  - Persönlichkeitsveränderung, z.B.
  - Auffälligkeiten im Umgang mit Vermögen, z.B.
- 
- 

Hausarzt:

behandelnder Nervenarzt:  
(falls zutreffend)

---

---

In der Anlage ist / sind beigefügt:

- Ärztliches Attest
  - Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht
  - Einverständniserklärung d. Betroffenen
  - Vollmachten, welche d. Betroffene erteilt hat
- 
- 

Die nächsten Angehörigen sind: (jeweils mit genauer Anschrift und Telefonnummer)

- Ehegatte \_\_\_\_\_
- Eltern \_\_\_\_\_
- volljährige Kinder:

---

---

Geschwister

---

---

D. Betroffene besitzt:

- Vermögen über 25.000,-- €
  - kein nennenswertes Vermögen
- 

Eine Verständigung im Sinne dass d. Betroffene einfachere Fragen begreift

- ist möglich
  - ist bedingt möglich
  - ist nicht möglich
- 

Die Angelegenheit ist **eilbedürftig**, weil

---

Die genannten Angehörigen sind mit einer Betreuung und der Person des vorgeschlagenen Betreuers **einverstanden**;

- mit Ausnahme von
- 

Vor Anhörungen bitte beachten:

Tür wird voraussichtlich

- geöffnet
  - nicht geöffnet, weil
  - günstige Tageszeit: \_\_\_\_\_, weil
  - telefonische Anmeldung bei:  
(z.B. Verwandte, Nachbarn)  
-genaue Anschrift –Telefonnummer –
- 

Unterschrift \_\_\_\_\_