

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name

\_\_\_\_\_  
Straße/Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ                      Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Amtsgericht  
- Betreuungsgericht -**

86150 Augsburg \_\_\_\_\_

**Anregung zur Bestellung eines Betreuers**

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"/> Entscheidung über freiheitsentziehende Unterbringung  |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge   | <input type="checkbox"/> Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen  |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge  | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten   |
| <input type="checkbox"/> Abschluss, Änderung und Kontrolle der Einhaltung des Heim-, Pflegevertrages       | <input type="checkbox"/> Organisation der ambulanten Versorgung  |
| <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern | <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Rechten d. 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"/>   |  |

D. Betroffene ist krankheitsbedingt nicht in der Lage, insoweit für sich selbst zu sorgen.

Er leidet an

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

\_\_\_\_\_  
Schilderung des Krankheitsbildes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eile ist 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

**D. Betroffene hat von dieser Anregung Kenntnis.**

D. Betroffene ist mit der Betreuerbestellung einverstanden.

Die Einwilligungserklärung werde ich nachreichen.

D. Betroffene ist mit der Betreuerbestellung **nicht** einverstanden.

**D. Betroffene hat von dieser Anregung keine Kenntnis.**

D. Betroffene befindet sich z. Zt. nicht in seiner üblichen Umgebung, sondern voraussichtlich bis

\_\_\_\_\_ in

derzeitige Anschrift d. Betroffenen, Telefonnummer

D. Betroffene befindet sich voraussichtlich ab \_\_\_\_\_ in

voraussichtliche künftige Anschrift d. Betroffenen, Telefonnummer

D. Betroffene ist mit der Anhörung in seiner üblichen Umgebung

einverstanden.

**nicht** einverstanden.

Zur Anhörung und zur Untersuchung kann d. Betroffene zum Gericht bzw. Sachverständigen

kommen.

**nicht** kommen.

] Bei der Anhörung d. 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 Verwandtschaftsgrad

] Als besondere **Vertrauensperson** kommt in Betracht:

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

] Um d. Betroffenen kümmert sich:

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

### **Betreuervorschlag:**

] Ich bin bereit, die Betreuung zu übernehmen.

] Ich weiß niemanden der bereit und/oder geeignet ist, die Betreuung zu übernehmen.

] Ich schlage vor, zum Betreuer zu bestellen:

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

] D. Betroffene ist mit dem Betreuervorschlag

] einverstanden.

] Eine entsprechende Erklärung

] liegt bei.

] reiche ich nach.

] **nicht** einverstanden.

] hat sich hierzu nicht geäußert.

[ ] Soweit mir bekannt ist, bestehen

[ ] Vollmachten (auch Vorsorgevollmachten) \_\_\_\_\_

[ ] Betreuungsverfügungen für \_\_\_\_\_

[ ] Bankvollmachten \_\_\_\_\_

**(Kopien hiervon bitte beilegen!)**

[ ] Soweit mir bekannt ist hat d. Betroffene

[ ] kein Vermögen. [ ] Vermögen in Höhe von ca. \_\_\_\_\_ EUR.

Weitere **Bemerkungen**/Anregungen/Vorschläge/Hinweise:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

Ich/wir schließe/n mich/uns der Anregung einen Betreuer zu bestellen, an.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift