

Absender:

| | |
|-----------------------------|---------|
| Vorname, Name | |
| Straße, Haus-Nr. | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon | Telefax |
| E-Mail (freiwillige Angabe) | |

An das Amtsgericht**– Betreuungsgericht –****Anregung
zur Einrichtung einer Betreuung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich rege in meiner Eigenschaft als

Sozialarbeiter/in, Pflegeperson o. Ä.

an,

eine Betreuung für Herrn Frau

| | |
|--|--------------|
| Name, Vorname | |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | |
| Geburtsort | Geburtsdatum |

einzurichten mit dem Aufgabenkreis

- sämtliche Angelegenheiten
- Personensorge einschließlich ärztlicher Maßnahmen
- Vermögenssorge
- Aufenthaltsbestimmungsrecht auch im Ausland einschließlich Aufgabe des Wohnraums
- Geltendmachung von Rechten/Ansprüchen gegenüber Dritten einschließlich Behörden
- Vertretung gegenüber einer Einrichtung und/oder Pflegediensten
- Sterilisation
- freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen
- ärztliche Zwangsmaßnahmen
- Umgangsbestimmungsrecht
- Entscheidung über die Telekommunikation einschließlich elektronischer Kommunikation
- Entscheidung über Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- Geltendmachung von Rechten der/des Betreuten gegenüber seiner/seinem Bevollmächtigten
- Geltendmachung von Auskunfts- und Rechenschaftsansprüchen der/des Betreuten gegenüber Dritten

Die/Der Betroffene ist nicht mehr in der Lage, ganz oder teilweise für sich selbst zu sorgen, weil

Eine Dringlichkeit ist angezeigt, weil

Ein ärztliches Attest

- soll vom Gericht eingeholt werden.
- lege ich vor.
- werde ich nachreichen.

Die Hausärztin / Der Hausarzt ist nach meinem Kenntnisstand

| | | |
|--|---------|---------|
| Name, Vorname | Telefon | Telefax |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | |

Die/Der Betroffene hat

- keine Kenntnis von dieser Anregung.
- Kenntnis von dieser Anregung und hat ihr zugestimmt.
- Kenntnis von dieser Anregung und hat ihr nicht zugestimmt.

Die/Der Betroffene befindet sich zur Zeit nicht in ihrem/seinem gewöhnlichen Wohnumfeld, sondern in

| | | |
|--|---------|---------|
| Name der Einrichtung | Telefon | Telefax |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | |

Der dortige Aufenthalt dauert voraussichtlich bis

Die/Der Betroffene ist mit einer Anhörung in ihrem/seinem gewöhnlichen Wohnumfeld

- einverstanden.
- nicht einverstanden.

Die/Der Betroffene kann zur Untersuchung bei einem Facharzt und zu einer Anhörung beim Betreuungsgericht

- nicht kommen.
- kommen.

Bei der Anhörung der/des Betroffenen können sich für das Betreuungsgericht folgende Schwierigkeiten ergeben:

- Schwerhörigkeit
- Sehbehinderung
-

Ein Anhörungs- und/oder Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch

| | | |
|--|--|---------|
| Name, Vorname | Telefon | Telefax |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen | |

Soweit mir bekannt ist, gehören folgende Personen zu den nächsten Angehörigen und Bekannten der/des Betroffenen:

| | | |
|--|--|---------|
| Name, Vorname | Telefon | Telefax |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen | |

| | | |
|--|--|---------|
| Name, Vorname | Telefon | Telefax |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen | |

Ich rege an, folgende Person zur Betreuerin / zum Betreuer zu bestellen:

mich.

| | | | | |
|--|---------------|--------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | Name, Vorname | Geburtsdatum | Telefon | Telefax |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen | |

| | | | | |
|--|---------------|--------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | Name, Vorname | Geburtsdatum | Telefon | Telefax |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen | |

Die/Der Betroffene

ist damit einverstanden.

ist damit nicht einverstanden.

hat sich dazu nicht geäußert.

Für die Auswahl der Betreuerin / des Betreuers erscheint mir wichtig:

| |
|--|
| |
|--|

Um die Betroffene / den Betroffenen kümmert sich zur Zeit

| | | |
|--|---------|--|
| Name, Vorname | Telefon | Telefax |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen |

Soweit mir bekannt ist, bestehen folgende Vollmachten:

Bankvollmacht

Betreuungsverfügung

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

Sonstige Anmerkungen und Hinweise:

| |
|--|
| |
|--|

Mit freundlichen Grüßen

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

| |
|--------------|
| Unterschrift |
|--------------|