

(bitte nachfolgende Angaben in jedem Fall vollständig ausfüllen)

Name:	Vorname:
Anschrift:	
Telefon:	priv./dienstl.

Amtsgericht  
Betreuungsgericht

### Betreuungsanregung

Ich rege an, für (bitte vollständige und leserliche Angaben):

Name:	Vorname:
geborene :	geb. am:
wohnhaft:	
derzeit:	
Telefon:	

eine Betreuerin/einen Betreuer zu bestellen, weil d. Betroffene insbesondere folgende Angelegenheiten nicht mehr selbst erledigen kann:

---

---

---

---

---

---

(Sie können auch einen oder mehrere der Ihnen notwendig erscheinenden nachfolgend aufgeführten Aufgabenkreise ankreuzen, in denen nach Ihrer Meinung ein Betreuer/in tätig werden muß. Das Gericht wird Ihre Anregungen berücksichtigen, hat aber von Amts wegen nach Durchführung entsprechender Ermittlungen über die ihm notwendig erscheinenden Aufgabenkreise zu entscheiden.)

- Aufenthaltsbestimmung
- Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen und deren Kontrolle
- Sorge für die ärztliche Behandlung

- Entscheidung über eine Untersuchung bzw. Operation
- Organisation ambulanter Hilfen zur häuslichen Versorgung
- Verwaltung der Einkünfte
- Verwaltung des Vermögens
- Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern
- Wohnungsangelegenheiten
- Abschluß und Kontrolle eines Heimvertrages
- Vertretung gegenüber der Heimleitung
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post

1. Die/der Betroffene hat m.E. aus folgenden Gründen (z.B. Behinderung/psychische Erkrankung) die Fähigkeit verloren, ihre/seine Angelegenheiten selbst zu regeln:

---



---



---

2. Die/der Betroffene weiß, an welchen Krankheiten/Behinderungen sie/er leidet.      ja      nein      nicht bekannt  
           

3. Es werden Medikamente zur Behandlung einer psychischen Krankheit eingenommen, wenn ja, welche?

---

4. Behandelnder Arzt und Fachrichtung:

Name, ggfs. Facharztbezeichnung

Anschrift

Telefon

5. Derzeitige Situation der/des Betroffenen (z.B. häusliche Versorgung durch Angehörige, ambulante Dienste, Krankenhaus):

---



---



---

6. Die/der Betroffene hat Wahnideen (z.B. Verfolgungswahn, Vergiftungswahn.....)      ja      nein      nicht bekannt  
           

6.1. Es kommt zu Personenverwechslungen.                 

6.2. Sie/er äußert Selbstmordgedanken.                 

6.3. Eine Verständigung mit ihr/ihm ist möglich.                 

6.4. Sie/er weiß wo sie/er wohnt.

6.5. Sie/er weiß über ihre/seine persönliche Situation Bescheid.

6.6. Sie/er weiß über ihre/seine Einkommens/ Vermögenverhältnisse Bescheid.

6.7. Weitere Angaben:

---

---

---

7. Folgende nahestehende Verwandte oder Vertrauenspersonen sind mir bekannt (Eltern, Kinder, Enkel, Ehegatte etc., Name, Vorname, Beruf, ggfs. sonstiges Verhältnis/Beziehung zu der/dem Betroffenen; Anschrift, Telefon

---

---

---

---

8. Meine Beziehung zu der/dem Betroffenen (z.B. verwandtschaftlicher Art/Vertrauensperson)

---

---

9. Vertragliche Verpflichtungen zwischen mir und der/dem Betroffenen (z.B. notarielle beurkundete Verpflichtungen)

---

---

10. 1. Soweit bekannt, bestehen folgende Vollmachten: (Name u. Anschrift der/des Bevollmächtigten, Datum u. wesentlicher Inhalt der Vollmacht)

---

---

---

10.2. Kopie der Vollmacht bitte beifügen. Vollmacht ist beigefügt  ja  nein

11. Einkommensverhältnisse der/des Betroffenen (z.B. Rente, Krankengeld, Leistungen des Arbeitsamtes, Arbeitseinkommen)

---

---

---

12.1 Vermögensverhältnisse der/des Betroffenen (z.B. Bankguthaben, Grundbesitz, sonstige Werte)  
Höhe des Vermögens über 2.301.-€:

ja      nein      nicht bekannt  
           

---

---

12.2 Die/der Betroffene hat Schulden.

ja      nein      nicht bekannt  
           

Höhe: € \_\_\_\_\_

13.1 Die/der Betroffene ist über die Betreuungsanregung informiert.

ja      nein      nicht bekannt  
           

13.2 Die/der Betroffene ist mit einer Betreuerbestellung einverstanden.

ja      nein      nicht bekannt  
           

13.3 Als Betreuerin/Betreuer schlage ich vor:  
(Name, Vorname, Anschrift, Telefon)

---

---

13.3 Dieser Vorschlag entspricht dem Wunsch der/des Betroffenen.

ja      nein      nicht bekannt  
           

13.4 Sie/er ist mit der Übernahme der Betreuung einverstanden.

ja      nein      nicht bekannt  
           

14. Bei der Anhörung können folgende Schwierigkeiten auftreten:

Schwerhörigkeit

Sehbehinderung

Erfordernis eines Dolmetschers für \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

15. Einen Gesprächstermin mit der/dem Betroffenen kann vermitteln:

---

---

16. Es ist besondere Eile geboten, weil \_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift