

An das Amtsgericht

Absender:

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

Anregung zur Einrichtung einer Betreuung

Ich bin

- der Sohn
 die Tochter
 der Vater
 die Mutter

d. Betroffenen.

Ich rege an, eine Betreuung für Frau Herrn

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

einzurichten mit dem Aufgabenkreis

- Sorge für die Gesundheit
 Aufenthaltsbestimmung
 Personensorge
 Entscheidung über die Unterbringung
 Entscheidung über die unterbringungsähnlichen Maßnahmen
 Vermögenssorge
 Wohnungsangelegenheiten
 Geltendmachung von Ansprüchen auf Altersversorgung
 Geltendmachung von Ansprüchen auf Hilfe zum Lebensunterhalt
 Geltendmachung von Ansprüchen auf Unterhalt
 Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
 Rechts-/Antrags- und Behördenangelegenheiten
 Vertretung gegenüber der Einrichtung
 Sämtliche Angelegenheiten
 Wahrnehmung der Rechte d. Betroffenen gegenüber d. Bevollmächtigten

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

(Bitte diesen Punkt nur ausfüllen, soweit nach Ihrer Ansicht eine Entscheidung des Gerichts im **Eilverfahren** erforderlich sein sollte)

Eile ist geboten, weil

Ein ärztliches Attest

soll vom Gericht eingeholt werden.

lege ich vor.

werde ich nachreichen.

Die Hausärztin / Der Hausarzt ist meines Wissens Frau Herr

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

D. Betroffene hat

keine Kenntnis von dieser Anregung.

Kenntnis von dieser Anregung und hat ihr zugestimmt.

Kenntnis von dieser Anregung und hat ihr nicht zugestimmt.

D. Betroffene befindet sich zur Zeit nicht in ihrer/seiner üblichen Umgebung, sondern in

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

bis voraussichtlich

D. Betroffene ist mit einer Anhörung in der üblichen Umgebung

einverstanden.

nicht einverstanden.

D. Betroffene kann zur Untersuchung beim Sachverständigen und zu einer Anhörung beim Gericht

nicht kommen.

kommen.

Bei der Anhörung d. Betroffenen können sich für das Gericht folgende Schwierigkeiten ergeben:

Schwerhörigkeit

Sehbehinderung

Ein Anhörungs- und/oder Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch Frau Herrn

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

BUS

Soweit mir bekannt ist, gehören folgende Personen zu den nächsten Angehörigen und Bekannten d. Betroffenen:
(bei weiteren Angehörigen bitte Beiblatt benutzen)

| | | | |
|----|--|-------------|--|
| 1. | Name, Vorname | Telefon-Nr. | |
| | Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen |

| | | | |
|----|--|---------|--|
| 2. | Name, Vorname | Telefon | |
| | Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen |

| | | | |
|----|--|-------------|--|
| 3. | Name, Vorname | Telefon-Nr. | |
| | Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen |

| | | | |
|----|--|-------------|--|
| 4. | Name, Vorname | Telefon-Nr. | |
| | Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | Beziehung oder Verwandtschaftsgrad zur/zum Betroffenen |

Ich rege an, z. Betreuer(in) zu bestellen:

mich.

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

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

D. Betroffene

ist damit einverstanden.

ist damit nicht einverstanden.

hat sich dazu nicht geäußert.

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

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

Um d. Betroffene(n) kümmert sich zur Zeit

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

BUS

Soweit mir bekannt ist, bestehen folgende Vollmachten bzw. Verfügungen:

Vorsorgevollmacht *(bitte möglichst Kopie beifügen)*
für

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

Betreuungsverfügung *(bitte möglichst Kopie beifügen)*
für

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

Bankvollmacht
für

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

Vollmacht für folgende Aufgabenbereiche:

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

für

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

Sonstige Anmerkungen und Hinweise:

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

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

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

BUS