

## Anregung zur Einrichtung einer Betreuung (Betreuung als gesetzliche Vertretung gemäß § 1896 ff. BGB)

|                    |
|--------------------|
| An das Amtsgericht |
|--------------------|

### 1. Anregung von

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Vorname / Name / Organisation   |                            |
| Stellung zur betroffenen Person (z. B. Kind, Ehe-/Lebenspartner, Nachbar) |                            |
| Straße, Nr. / PLZ, Ort  | Telefon / Telefax / E-Mail |

### 2. Personalien der betroffenen Person

|  |                 |               |
|--|-----------------|---------------|
| Name / Vorname(n) / Geburtsname  |                 |               |
| geb. am  | in              | Familienstand |
| Straße, Nr. / Stockwerk / PLZ, Ort   | Telefon / Handy |               |
| Derzeitiger Aufenthalt falls abweichend von Wohnung / evtl. angedachter zukünftiger Aufenthaltsort (ab wann) |                 |               |

### 3. Soziale Situation der betroffenen Person

|  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| Schulbildung und beruflicher Werdegang:  |  |                                    |
| Betroffene Person lebt   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> allein  | <input type="checkbox"/> mit Partner/-in | <input type="checkbox"/> mit Kind  |
| <input type="checkbox"/> mit anderen Personen  |  | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <b>Angehörige</b> und Vertrauenspersonen z.B. Freunde, Bekannte (Namen, Anschriften, Telefon, Telefax)         |  |                                    |
| Einkommen (z. B. Lohn / Gehalt, Rente / Pension, Sozialhilfe, Arbeitslosengeld I od. II), Grund- o.a. Vermögen |  |                                    |
| Krankenkasse   | Pflegekasse                              | Pflegegrad                         |
| Behinderung  |  | Grad der Behinderung %             |

#### 4. Gesundheitliche Situation

|   |  |         |
|---|--|---------|
| Hausarzt – Name   | Der Arzt ist über die Anregung informiert<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |         |
| Anschrift   | Telefon  | Telefax |
| Arzt für Psychiatrie / Neurologie - Name  | Der Arzt ist über die Anregung informiert<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |         |
| Anschrift   | Telefon  | Telefax |
| Welche gesundheitliche/n Einschränkung/en liegt/liegen vor (Diagnosen)? Liegt eine Suchtproblematik vor? Bisherige Aufenthalte in der Psychiatrie? <b>Eile ist geboten, Gefahr ist im Verzug, weil (s. beil. ärztl. Attest)</b> |  |         |

#### 5. Praktische Lebensbewältigung

|   |  |  |  |                    |
|---|--|--|--|--------------------|
| Folgende Einschränkungen bei der Regelung der <b>eigenen</b> Angelegenheiten (praktische Alltagsbewältigung) ergeben sich |  |  |  |                    |
| Die betroffene Person erhält bereits tatsächliche Hilfen durch  |  |  |  |                    |
| <input type="checkbox"/> Angehörige   | <input type="checkbox"/> Sozialstation(Pflegedienst) | <input type="checkbox"/> Soz. Dienste, Fachdienste | <input type="checkbox"/> sonst. Personen | Telefon<br>Telefax |
| <b><u>Aus folgenden Gründen sind die bereits geleisteten Hilfen nicht ausreichend</u></b>                                 |  |  |  |                    |

#### 6. Vollmachten und andere Verfügungen

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| Die betroffene Person hat folgende vorsorgliche Verfügungen getroffen |   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Bankvollmacht                                | <input type="checkbox"/> Generalvollmacht | <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> Betreuungs-<br>verfügung | <input type="checkbox"/> Patientenverfügung |
| Wer ist Inhaber dieser Vollmacht / Patientenverfügung?                |   |  |   |   |

#### 7. Zum möglichen Aufgabenkreis einer Betreuung

|   |   |   |
|---|---|---|
| Was ist nach Meinung des Anregers zurzeit konkret im Rahmen einer <b>gesetzlichen Vertretung</b> zu regeln? Zu einem möglichen Aufgabenkreis kann auch die Vertretung gegenüber einem Bevollmächtigten bestimmt werden (§ 1896 Abs. 3 BGB). |   |   |
| <input type="checkbox"/> Bestimmung des Aufenthaltes  | <input type="checkbox"/> Sorge für die Gesundheit | <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten       |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten  | <input type="checkbox"/> Schuldenregulierung      | <input type="checkbox"/> Kranken-/Pflegekasse, Behörden |
| <input type="checkbox"/> andere (z.B. Postangelegenheiten, Genehmigung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen u.a.):   |   |   |

**8. Wer könnte die Betreuung übernehmen?**

|   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ist die betroffene Person über die Anregung der Betreuung informiert?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die betroffene Person mit der Einrichtung einer Betreuung einverstanden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wer könnte die Betreuung übernehmen?  |                          |                          |
| Vorname / Name  |                          | geb. am                  |
| Straße, Nr.   | PLZ, Ort                 | Beruf                    |
| Telefon   |                          | Telefax                  |
| Die vorgeschlagene Person ist über den Vorschlag informiert und einverstanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In welchem Verhältnis steht die vorgeschlagene Person zur betroffenen Person? |                          |                          |

**9. Hinweise für Gericht, Gutachter und Betreuungsstelle**

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Kann die betroffene Person Gericht, Betreuungsstelle oder Gutachter aufsuchen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist eine sprachliche Verständigung mit der betroffenen Person möglich?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls die betroffene Person der deutschen Sprache nicht mächtig ist, welche Sprache spricht sie?                           |                          |                          |
| Es liegen ferner folgende besondere Schwierigkeiten vor (z. B. Blindheit, Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit, Gehbehinderung) |                          |                          |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>   |                          |                          |

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Weitere Anmerkungen:**

|  |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|--|