

Anregung zur Einrichtung einer Betreuung (Betreuung als gesetzliche Vertretung gemäß § 1814 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
Angehörige 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	Pflegergrad
Behinderung		Grad der Behinderung %

4. Gesundheitliche Situation

Hausarzt – Name	Der Arzt ist über die Anregung informiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anschrift	Telefon	Telefax
Arzt für Psychiatrie / Neurologie - Name	Der Arzt ist über die Anregung informiert <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? Eile ist geboten, Gefahr ist im Verzug, weil (s. beil. ärztl. Attest)		

5. Praktische Lebensbewältigung

Folgende Einschränkungen bei der Regelung der eigenen 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 Telefax
<u>Aus folgenden Gründen sind die bereits geleisteten Hilfen nicht ausreichend</u>				

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- 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 gesetzlichen Vertretung zu regeln? Zu einem möglichen Aufgabenkreis kann auch die Vertretung gegenüber einem Bevollmächtigten bestimmt werden (§ 1815 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)		

Ort, Datum

Unterschrift

Weitere Anmerkungen:

--