

# Anregung zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung

## Absender:

Name: \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax: \_\_\_\_\_  
Handy-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Amtsgericht  
- Betreuungsabteilung -

\_\_\_\_\_  
(Straße)

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

## Anregung zur Einrichtung einer rechtlichen Betreuung

Bestellung eines vorläufigen Betreuers/einer vorläufigen Betreuerin.

Ich rege an, gemäß § 1896 Abs.1 BGB einen Betreuer zu bestellen für:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsname, Familienstand)

\_\_\_\_\_  
(genaue Anschrift)

\_\_\_\_\_  
(derzeitiger Aufenthalt)

\_\_\_\_\_  
(Telefon, Fax, E-mail-Anschrift)

Der **Aufgabenkreis** des Betreuers soll umfassen:

- die Gesundheitssorge
- die Aufenthaltsbestimmung
- die Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen
- die Entscheidung über die geschlossene Unterbringung
- die Vermögenssorge
- die Wohnungsangelegenheiten
- die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post
- die Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Für das Amt des Betreuers schlage ich vor:

- den/die Antragssteller/in
- \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift, Telefon, persönlicher Bezug zu der betroffenen Person)
- Die vorgeschlagene Person ist über den Vorschlag informiert und damit einverstanden.
- Die Auswahl des Betreuers wird dem Gericht überlassen.

Es besteht ein Bedürfnis dafür, die genannten Angelegenheiten einem Betreuer zu übertragen, da d. Betroffene diese nicht (mehr) selbst besorgen kann wegen:

- Bewegungsunfähigkeit
- Verwirrheitszuständen
- sonstiger körperlicher/geistiger Behinderung
- Persönlichkeitsveränderung, z.B. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Auffälligkeiten im Umgang mit Vermögen, z.B. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Hausärztin/Der Hausarzt ist meines Wissens:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ein ärztliches Gutachten   
  
 soll vom Gericht eingeholt werden.  
liegt dem Antrag bei.  
werde ich nachreichen.

Die nächsten Angehörigen sind: (jeweils mit genauer Anschrift und Telefonnummer)

- Ehepartner: \_\_\_\_\_
- Eltern: \_\_\_\_\_
- Kinder: \_\_\_\_\_

(mit Geburtsdatum und Altersangabe)

- Geschwister: \_\_\_\_\_

(Angaben nur dann erforderlich, wenn keine Ehefrau oder Kinder vorhanden)

Die genannten Angehörigen sind mit einer Betreuung und der Person des vorgeschlagenen Betreuers einverstanden

mit Ausnahme von \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### D. Betroffene

- hat keine Kenntnis von dieser Anregung.  
 hat Kenntnis von dieser Anregung und ihr zugestimmt.  
 hat Kenntnis von dieser Anregung und ihr nicht zugestimmt.  
 kann sich zu dieser Anregung nicht äußern.

#### Eine Verständigung mit d. Betroffenen

- ist möglich.  
 ist bedingt möglich.  
 ist nicht möglich.

Die Angelegenheit ist **eilbedürftig**, weil

die Verlegung d. Betroffenen in ein Alten- und Pflegeheim geprüft und ggf. organisiert werden muss.

über die Durchführung ärztlicher Maßnahmen, insbesondere

\_\_\_\_\_ entschieden werden muss.

\_\_\_\_\_

#### Soweit mir bekannt ist, bestehen folgende Vollmachten:

Bankvollmacht

Altersvorsorgevollmacht

Betreuungsverfügung

\_\_\_\_\_

Diese ist/sind dem Antrag beigelegt.

#### D. Betroffene kann zur Anhörung bei Gericht

- kommen.  
 nicht kommen.

Ein Anhörungstermin und/oder Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Stempel des Arztes

Bei Stempel einer Gemeinschaftspraxis muss unbedingt der Name des unterzeichneten Arztes gut leserlich in Druckbuchstaben angegeben sein

\_\_\_\_\_  
(Name des Arztes in Druckbuchstaben)

**Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen**

Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift (evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort in Klinik oder anderer Einrichtung) d. Betreuten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zweck des Gutachtens: Vorlage beim Vormundschaftsgericht zur Prüfung der Anordnung einer Betreuung.**

Aufgrund meiner Untersuchung gehe ich von folgender **Diagnose** aus:

- F00-F09** Organische, einschließlich symptomatisch psychische Störung(en)
- F10-F19** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanz(en)
- F20-F29** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung
- F30-F39** Affektive Störung(en)
- F40-F49** Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störung(en)
- F50-F59** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störung(en) und Faktor(en)
- F60-F69** Persönlichkeits- und Verhaltensstörung(en)
- F70-F79** Intelligenzminderung
- F80-F89** Entwicklungsstörung(en)
- F90-F98** Verhaltens- und emotionale Störung(en) mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99** nicht näher bezeichnete psychische Störung(en)
- 

Beschreibung von Art und Ausmaß der Erkrankung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Begründung muss enthalten, von welchen Anknüpfungstatsachen ausgegangen wird, welche Befragungen und Untersuchungen vorgenommen wurden und welcher Befund erhoben wird.)

Auswirkungen der Krankheit auf die Fähigkeit, bestimmte Angelegenheiten zu erledigen:

- D. Betroffene ist außer Stande
- Hilfen von sich aus in Anspruch zu nehmen
- die Notwendigkeit der Inanspruchnahme fremder Hilfen zu erkennen.
- \_\_\_\_\_

Ich rege an, eine **Betreuung** anzuordnen mit folgendem Aufgabenkreis:

- die Gesundheitspflege
- die Aufenthaltsbestimmung
- die Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen
- die Entscheidung über die geschlossene Unterbringung
- die Vermögenssorge
- die Wohnungsangelegenheiten
- die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post
- die Rechts-, Antrags- und Behördenangelegenheiten
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Die Betreuung ist voraussichtlich für

- \_\_\_\_\_ Monate
- \_\_\_\_\_ Jahr(e)
- 7 Jahre

erforderlich.

Der Sachverhalt des Gutachtens und die gerichtlichen Entscheidungsgründe können d. Betroffenen

- in vollem Umfang
- nicht

bekannt gemacht werden.

Durch eine persönliche Anhörung durch den Richter sind

- keine
- erhebliche

Nachteile für die Gesundheit d. Betroffenen zu befürchten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Arztes/Ärztin