

Absender: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

An das

**Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen**

### **Fremdanregung zur Einrichtung einer Betreuung**

Ich bin

- ☐ der Sohn
- ☐ die Tochter
- ☐ der Vater
- ☐ die Mutter

☐ \_\_\_\_\_  
der/des Betroffenen.

Ich rege an, eine Betreuung für

- ☐ Frau
- ☐ Herrn

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Postleitzahl, Ort)

einzurichten.

In folgenden konkreten Angelegenheiten besteht Unterstützungsbedarf (Aufgabenbereiche):

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

Die/Der Betroffene ist nicht mehr in der Lage, die oben genannten Angelegenheiten selbst zu besorgen, weil

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

☐ Die/Der Betroffene erhält bereits Hilfe durch:

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

☐ Diese Hilfe ist nicht ausreichend, weil

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

- ☐ Die Unterstützung durch eine rechtliche Betreuerin oder einen rechtlichen Betreuer ist dringend geboten, weil

---

---

---

Ein ärztliches Attest

- ☐ soll vom Gericht eingeholt werden.  
☐ lege ich vor.  
☐ werde ich nachreichen.

Hausärztin oder Hausarzt bzw. Psychiaterin oder Psychiater ist

- ☐ Frau ☐ Herr

---

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer)

Die/Der Betroffene hat

- ☐ keine Kenntnis von dieser Anregung.  
☐ Kenntnis von dieser Anregung und hat der Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers zugestimmt.  
☐ Kenntnis von dieser Anregung und hat der Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers nicht zugestimmt.

- ☐ Die/Der Betroffene befindet sich zurzeit nicht in ihrer/seiner üblichen Umgebung, sondern in

---

(Ort, Einrichtung, Telefonnummer)

bis voraussichtlich \_\_\_\_\_.

- ☐ Die/Der Betroffene ist mit einer Anhörung in der üblichen Umgebung

- ☐ einverstanden.  
☐ nicht einverstanden.

- ☐ Die/Der Betroffene kann zur Untersuchung bei der oder dem Sachverständigen und zu einer Anhörung beim Gericht

- ☐ nicht kommen.  
☐ kommen.

- ☐ Bei der Anhörung der/des Betroffenen können sich für das Gericht folgende Schwierigkeiten ergeben:

- ☐ Sehbehinderung  
☐ Schwerhörigkeit

☐ \_\_\_\_\_

- ☐ Ein Anhörungs- und/oder Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch

- ☐ Frau ☐ Herrn

---

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer)

---

(Beziehung zur/zum Betroffenen)

Folgende Personen gehören zu den nächsten Angehörigen und Bekannten der/des Betroffenen:

1.

---

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

---

(Beziehung zur/zum Betroffenen)

2.

---

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

---

(Beziehung zur/zum Betroffenen)

3. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)  
\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

4. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)  
\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

(bei weiteren Angehörigen bitte Rückseite benutzen)

☐ Ich rege an, zur Betreuerin/zum Betreuer zu bestellen:

☐ Mich.

☐ Frau ☐ Herrn

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Postleitzahl, Ort, Telefon-/Faxnummer, Beziehung zur/zum Betroffenen)

☐ Für die Auswahl einer Betreuerin oder eines Betreuers erscheint wichtig:

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

☐ Um die Betroffene/den Betroffenen kümmert sich zurzeit

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort, Telefon-/Faxnummer, Beziehung zur/zum Betroffenen)

☐ **Es bestehen folgende Vollmachten bzw. Verfügungen:**

☐ Vorsorgevollmacht (bitte möglichst Kopie beifügen)

für

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

☐ Betreuungsverfügung (bitte möglichst Kopie beifügen)

für

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

☐ Bankvollmacht

für

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

☐ Vollmacht für folgende Aufgabenbereiche: \_\_\_\_\_

für

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

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