

Absender \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Geschäftsnummer  
bitte stets angeben!**

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen

An das

### Anregung zur Einrichtung einer Betreuung

Wir regen an, eine Betreuung für Frau / Herrn

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsort, Geburtsdatum

einzurichten mit dem Aufgabenkreis

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> der Sorge für Gesundheit | <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung    | <input type="checkbox"/> Altersvorsorge           |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten  | <input type="checkbox"/> _____                    |

Die/Der Betroffene ist nicht in der Lage, insoweit für sich selbst zu sorgen, weil \_\_\_\_\_

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

Eile ist geboten, weil \_\_\_\_\_

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

Ein ärztliches Attest

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> überreichen wir.                     | <input type="checkbox"/> werden wir nachreichen. |
| <input type="checkbox"/> sollte vom Gericht eingeholt werden. |  |

Hausärztin / Hausarzt ist meines Wissens Frau / Herr

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsort, Geburtsdatum

Zu einer Befreiung der ärztlichen Schweigepflicht

Hat sich die/der Betroffene zustimmend geäußert. Eine Erklärung hierüber  
 Überreichen wir.  Werden wir nachreichen.

Hat sich die/der Betroffene nicht geäußert.

Können wir keine Angaben machen.

Der/Die Betroffene hat von dieser Anregung  Keine Kenntnis.

Kenntnis und hat ihr  Zugestimmt.  Nicht zugestimmt.

Zu einer Betreuerstellung hat die/der Betroffene

Ihre/seine Zustimmung erklärt.  Diese überreichen wir.  Diese reichen wir nach.

Ihre/seine Zustimmung verweigert.

Sich nicht geäußert.

Die/Der Betroffene befindet sich z. Zt. Nicht in ihrer/seiner üblichen Umgebung, sondern in  
Ort, Einrichtung

\_\_\_\_\_ Bis voraussichtlich  
\_\_\_\_\_, Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Mit einer Anhörung in ihrer/seiner üblichen Umgebung ist die/der Betroffene

Einverstanden.  Nicht einverstanden.

Die/Der Betroffene kann zur Anhörung beim Gericht und zur Untersuchung beim Sachverständigen

Kommen.  Nicht kommen.

Bei der Anhörung der/das Betroffene können sich für das Gericht folgende Schwierigkeiten ergeben:

Schwerhörigkeit.  Sehbehinderung.  \_\_\_\_\_

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

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen
--	-------------------------------

Die Einleitung einer Betreuung ist angeregt worden von

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen
--	-------------------------------

Die/Der Betroffene schlägt vor,  Es wird angeregt,

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen
--	-------------------------------

Zur/Zum Betreuer(in) zu bestellen,

Diese(r) ist damit  einverstanden  nicht einverstanden

Für die Auswahl des Betreuers erscheint wichtig

---

---

---

Um die/den Betroffenen kümmert sich

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer

Beziehung zur/zum Betroffenen

Soweit uns bekannt ist besteht/bestehen

a) folgende Betreuungsverfügung(en):

b) folgende Altersvorsorgevollmacht(en):

c) folgende sonstige Vollmach(en)

---

Unterschrift