

## Anregung zur Einrichtung einer rechtlichen Betreuung gemäß § 1896 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

An das Amtsgericht

### 1. Angaben zur Person des Anregenden

Frau    Herr

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

ggf. Institution: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verhältnis des Anregenden zum Betroffenen: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur Person des/ der Betroffene/n

Frau    Herr

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt (falls abweichend): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand:

ledig    verheiratet    verwitwet    geschieden

getrennt lebend    in eingetragener Lebenspartnerschaft

Lebenspartnerschaft aufgehoben

### 3. Krankheit

Der/Die Betroffene leidet an einer

- psychischen Krankheit.
- geistigen oder seelischen Behinderung.
- körperlichen Behinderung/Krankheit.

Die Krankheit/Behinderung ist ärztlich festgestellt:  Ja  Nein

Ein ärztliches Attest  liegt bei.  wird nachgereicht.

Schilderung des Krankheitsbildes (bitte ggf. separates Blatt verwenden):

Hausarzt des/der Betroffene/n

Name: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Der/Die Betroffene

- hat von dieser Anregung  Kenntnis.  keine Kenntnis.
- ist mit einer Betreuerbestellung  einverstanden.  **nicht** einverstanden.  
 kann sich dazu **nicht** äußern.
- wird diesen Sachverhalt  im Gedächtnis behalten können.  
 **nicht** im Gedächtnis behalten können.

#### 4. Aufgabenkreise

Die Betreuung soll sich auf folgende Bereiche beziehen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten    | <input type="checkbox"/> freiheitsentziehende Maßnahmen  |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge         | <input type="checkbox"/> _____                           |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht | <input type="checkbox"/> Es ist Eile geboten, weil _____ |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten     | _____  |
| <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten         | _____  |
| <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten     |  |

#### 5. Anhörung

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

- einverstanden.       **nicht** einverstanden.       kann sich dazu **nicht** äußern.

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

- kommen.       **nicht** kommen.       kann sich dazu **nicht** äußern.

Bei der Anhörung können sich folgende Schwierigkeiten ergeben:

- Schwerhörigkeit       Sehbehinderung  
 \_\_\_\_\_

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

- Frau       Herrn

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verhältnis zum/zur Betroffenen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## 6. Betreuervorschlag

- Ich bin bereit, die Betreuung zu übernehmen.
- Ich weiß niemanden, der bereit und/oder geeignet ist, die Betreuung zu übernehmen.
- Der/Die Betroffene schlägt vor     Ich schlage vor  
die folgende Person zum/zur Betreuer/in zu bestellen.

Frau     Herr

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verhältnis zum/zur Betroffenen: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der/die Betroffene ist mit diesem Vorschlag einverstanden

- Ja     **Nein**     Er/Sie kann sich dazu **nicht** äußern.

## 7. Vollmachten

Soweit mir bekannt ist,

- besteht eine Bankvollmacht zugunsten folgender Person/en:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verhältnis zum/zur Betroffenen: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

- besteht eine Vorsorgevollmacht zugunsten folgender Person/en:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verhältnis zum/zur Betroffenen: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

besteht eine Betreuungsverfügung zugunsten folgender Person/en:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ Ort): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verhältnis zum/zur Betroffenen: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### **Kopien bitte beilegen!**

bestehen keine privatrechtlichen Vollmachten.

Weitere Bemerkungen/Anregungen/Vorschläge/Hinweise:  
(z. B. nächste Angehörige, besondere Vertrauenspersonen, etc.)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Herausgeberin:

(Stand: Dezember 2019)

Stadt Lippstadt  
Fachbereich Familie, Schule & Soziales  
Fachdienst Soziales & Integration  
Betreuungsstelle  
Geiststr. 47, 59555 Lippstadt

