

| | | | |
|-----------------|------------------|-----------|--------|
| Absender | Name, Vorname | | |
| | ggf. Institution | | |
| | Straße, HsNr. | | |
| | PLZ, Ort | | |
| | Telefon | Festnetz: | Mobil: |
| | e-mail | | |

An das
Amtsgericht Würzburg
 - Betreuungsgericht –
Ottostr. 5
97070 Würzburg

Das Formular kann auch
 per **Fax** an das Amts-
 gericht gesendet werden:
 09621 962411833

Anregung zur Bestellung eines Betreuers

Ich rege an, für folgende Person eine/n Betreuer/in zu bestellen:

| | | |
|--------------------|---------------|--|
| Betroffener | Name, Vorname | |
| | Geburtsdatum | |
| | Straße, HsNr. | |
| | PLZ, Ort | |
| | Telefon | |

D. Betroffene ist krankheitsbedingt ganz oder teilweise nicht in der Lage, seine Angelegenheiten zu besorgen. Sie/Er leidet an einer psychischen Krankheit, einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung, nämlich:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> hirnorganisches Psychosyndrom |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer Erkrankung | <input type="checkbox"/> Zustand nach Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Schizophrenie | <input type="checkbox"/> Psychose |
| <input type="checkbox"/> sonst. psychische Erkrankung: | |
| <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma | <input type="checkbox"/> Suchtkrankheit: |
| <input type="checkbox"/> geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderung |
| <input type="checkbox"/> | |

- D. Betr. ...
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ist in der Lage ihren/seinen Willen kund zu tun. | |
| <input type="checkbox"/> ist nicht in der Lage ihren/seinen Willen kund zu tun. | |
| <input type="checkbox"/> kann nicht sprechen / besitzt kein Sprachverständnis. | |
| <input type="checkbox"/> kann nicht schreiben . | <input type="checkbox"/> kann nicht lesen . |
| <input type="checkbox"/> kann sich fortbewegen . | <input type="checkbox"/> sich nicht fortbewegen . |

- D. Betr. ... kann nur kurze Strecken (ggf. mit Hilfe) bewältigen.
 ist in allen Bereichen des täglichen Lebens auf die Hilfe angewiesen.
 verhält sich voraussichtlich aggressiv.
 wird voraussichtlich bei einem Kontaktversuch die Tür nicht öffnen.

Sonstige Angaben:

Als **Aufgabenkreise** des Betreuers / der Betreuerin schlage ich vor:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge | <input type="checkbox"/> Abschluss, Änderung und Kontrolle eines Heim- oder Pflegevertrages |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> Vertretung ggü. Behörden, Versicherungen, Renten-, Kranken- und Sozialleistungsträgern |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge | <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post |
| <input type="checkbox"/> Unterbringungsmaßnahmen | <input type="checkbox"/> |

Der behandelnde **Hausarzt** ist meines Wissens:

| | |
|---------------|--|
| Name | |
| Straße, HsNr. | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon | |

D. Betr. ist in **fachärztlicher** Behandlung bei:

| | |
|---------------|--|
| Name | |
| Straße, HsNr. | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon | |

Ein **ärztliches Attest / fachärztliches Gutachten** ...

- liegt dieser Anregung bei. wird nachgereicht.
 soll vom Betreuungsgericht selbst eingeholt werden.

Die/Der Betroffene ist mit der Errichtung einer Betreuung

- einverstanden.** **nicht einverstanden.**

D. Betr. hat von der Anregung einer Betreuung

- Kenntnis.** **keine Kenntnis.**

D. Betroffene ist zurzeit **anzutreffen**:

zu Hause (s. S. 1)

unter folgender Adresse:

D. Betroffene ist mit der **Anhörung in gewohnter Umgebung** voraussichtlich

einverstanden.

nicht einverstanden.

kann ihren/seinen Willen dazu nicht kundtun.

D. Betroffene kann **zum Gericht bzw. Sachverständigen**

kommen o. gebracht werden

nicht kommen o. gebracht werden.

Soweit mir bekannt ist, gehören folgende Personen zu den **nächsten Angehörigen** (insb. Ehegatte u. volljährige Kinder angeben!), **Bekannten** oder **Bezugspersonen**...

| | Name, Vorname, Geburtsdatum | Adresse (Straße, HsNr., PLZ, Ort), Telefonnummer / Handy, e-mail; | (Verwandschafts-) Verhältnis z. Betr. |
|----------|-----------------------------|---|---------------------------------------|
| 1 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 2 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 3 | | | |
| | | | |
| | | | |

Bei einer Anhörung d. Betr. sollte die Person unter Ziffer ____ anwesend sein.

Ein Anhörungstermin kann durch die Person unter Ziffer ____ vermittelt werden.

D. Betr. lebt bis jetzt in

einer Mietwohnung

einer Eigentumswohnung

dem eigenen Haus

einem Heim/einer Einrichtung

Wer kümmerte sich bisher um d. Betroffene/n bzw. seine/ihre Angelegenheiten?

| | Name, Vorname, Geburtsdatum | Adresse (Straße, HsNr., PLZ, Ort), Telefonnummer / Handy, e-mail | (Verwandschafts-) Verhältnis z. Betr. |
|----------|-----------------------------|--|---------------------------------------|
| 4 | | | |
| | | | |
| | | | |

Als ehrenamtlichen Betreuer schlägt der Betroffene vor ...

die oben genannte Person Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3, Nr. 4.

keine der bisher genannten Personen, sondern:

| Name, Vorname, Geburtsdatum | Adresse (Straße, HsNr., PLZ, Ort), Telefonnummer / Handy, e-mail; | (Verwandtschafts-) Verhältnis z. Betr. |
|-----------------------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Begründung:

Die vorgeschlagene Person wurde von dem Vorschlag verständigt und **ist bereit, das Ehrenamt zu übernehmen.**

D. zu Betreuende ist mit dem **Betreuervorschlag**

einverstanden **nicht einverstanden.**

kann sich dazu nicht äußern.

Soweit mir bekannt ist, bestehen folgende **Vollmachten/Verfügungen:**

Bankvollmacht Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung Betreuungsverfügung

Diese Dokumente sind **in Kopie beigelegt.**

Kopien werden nachgereicht.

Kopien können angefordert werden bei: _____

Es besteht besondere **Eilbedürftigkeit**, weil

Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift