

Vorname/Name

Straße/Nr.

PLZ Ort

Telefonnummer



Amtsgericht
- Betreuungsgericht -
Augustenstraße 3

93049 Regensburg

Tel. 0941/2003-0
FAX: 0941/2003-451

Anregung zur Bestellung eines Betreuers

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich rege an, für Herrn/Frau

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer

einen Betreuer zu bestellen.

Als Aufgabenkreise des Betreuers schlage ich vor:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung für nervenärztliche Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge | <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge für Nervenärztliche Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Abschluss, Änderung und Kontrolle der Einhaltung des Heim- und Pflegevertrages | <input type="checkbox"/> Organisation der ambulanten Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern | <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Rechten d. Betroffenen gegenüber seinem Bevollmächtigten |
| <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post, Entscheidung über Fernmeldeverkehr | <input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten, incl. Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post, sowie Entscheidungen über Fernmeldeverkehr |

D. Betroffene ist krankheitsbedingt nicht in der Lage, insoweit für sich selbst zu sorgen.

- Er/Sie leidet an
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> einem hirnorganischen Psychosyndrom | <input type="checkbox"/> einer Schizophrenie |
| <input type="checkbox"/> einer senilen Demenz | <input type="checkbox"/> einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis |
| <input type="checkbox"/> vom Alzheimer Typ | |
| <input type="checkbox"/> vaskulärer Genese | |

Schilderung des Krankheitsbildes:

Eile ist geboten, weil

- Anliegend überreiche ich ein ärztliches Zeugnis über die Erkrankung.
- Ein ärztliches Zeugnis reiche ich nach.
- Hausarzt ist meines Wissens

Vorname, Name, Anschrift der Arztpraxis, Telefonnummer

D. Betroffene hat von dieser Anregung Kenntnis

- D. Betroffene ist mit der Betreuerbestellung einverstanden.
 - Die Einwilligungserklärung werde ich nachreichen.
- D. Betroffene ist mit der Betreuerbestellung **nicht** einverstanden.

D. Betroffene hat von dieser Anregung **keine** Kenntnis

D. Betroffene befindet sich z. Zt. nicht in seiner üblichen Umgebung, sondern voraussichtlich bis _____ in

derzeitige Anschrift d. Betroffenen, Telefonnummer

D. Betroffene befindet sich voraussichtlich ab _____ in

voraussichtliche künftige Anschrift d. Betroffenen, Telefonnummer

D. Betroffene ist mit der Anhörung in seiner üblichen Umgebung

- einverstanden.
- nicht** einverstanden.

Zur Anhörung und zur Untersuchung kann d. Betroffene zum Gericht bzw. Sachverständigen

- kommen.
- nicht** kommen

Bei der Anhörung d. Betroffenen können sich für das Gericht folgende Schwierigkeiten ergeben

- Schwerhörigkeit
- Sehbehinderung
- mangelnde Sprachkenntnisse
- _____

Ein Anhörungs- und Untersuchungstermin kann **vermittelt** werden durch:

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und ggf. Verwandtschaftsgrad

Soweit mir bekannt ist, gehören folgende Personen zu den **nächsten Angehörigen** und Bekannten:

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und Verwandtschaftsgrad

Als besondere **Vertrauensperson** kommt in Betracht:

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und ggf. Verwandtschaftsgrad

Um die betroffene Person kümmert sich:

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer und ggf. Verwandtschaftsgrad

