
Vorname / Name

Straße / Nr.

PLZ Ort

Telefonnummer

**Amtsgericht Ingolstadt
- Betreuungsgericht -
Neubastr. 8
85049 Ingolstadt**

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-, 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, | <input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten, incl. Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post, sowie Entscheidung über Fernmeldeverkehr |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über Fernmeldeverkehr | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 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 schizophreneren |
| <input type="checkbox"/> vom Alzheimer Typ Formenkreis | |
| <input type="checkbox"/> vaskulärer Genese | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

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, 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 des 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 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 den Betroffenen kümmert sich:

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

Betreuervorschlag:

Ich bin bereit die Betreuung zu übernehmen.

Ich weiß niemanden der bereit und/oder geeignet ist, die Betreuung zu übernehmen.

Ich schlage vor, zum Betreuer zu bestellen:

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

D. Betroffene ist mit dem Betreuervorschlag

einverstanden

Eine entsprechende Erklärung liegt bei

reiche ich nach,

nicht einverstanden

hat sich nicht geäußert

Ärztliche Stellungnahme zur Betreuungsbedürftigkeit

für Herrn/Frau _____, geb. _____

Sollte das Formblatt zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichen bitten wir Sie um die Beilage eines Extrablattes.

Welche psychische Krankheit oder körperliche, geistige oder seelische Behinderung liegt bei der/dem Betroffenen vor?

Bitte **erläutern** Sie Ihre Diagnose möglichst genau und nennen Sie auch Grundlagen für Ihre Diagnose.

Welche normalerweise vorhandenen Fähigkeiten sind durch die oben diagnostizierte Krankheit oder Behinderung schon ganz verlorengegangen? Bestehen Einschränkungen im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich? Welche funktionalen Einschränkungen bestehen?

- hauswirtschaftliche Versorgung Zubereiten von Mahlzeiten Körperhygiene An/Auskleiden
- Nahrungsaufnahme Bedienung von techn. Geräten selbständige Einnahme von Medikamenten
- Störung der Belastbarkeit Störung der Konzentrationsfähigkeit Störung des Antriebes
- Störung des Kurzzeitgedächtnisses Störung des Langzeitgedächtnisses
- Minderung des Kritikvermögens Einbußen im Bereich der emotionalen Schwingungsfähigkeit
- Einschränkung des sozialen Kontaktes Einschränkung der Beziehungsfähigkeit
- Einschränkung der Sprachfähigkeit Einschränkung des Hörvermögens Störung der Gehfähigkeit

Einschränkung der
örtl. Orientierung zeitl. Orientierung Orientierung zur Person situativen Orientierung

Kann der/die Betroffene seine/ihre Angelegenheiten aufgrund der diagnostizierten Krankheit oder Behinderung selbständig regeln?

ja nein

Kann der/die Betroffene seinen/ihren Willen bezüglich der gesetzlichen Betreuung frei bestimmen, dh. ist er/sie in der Lage, seinen/ihren Willen unbeeinflusst von der Krankheit oder Behinderung zu bilden und nach zutreffend gewonnenen Einsichten zu handeln?

ja nein

Besteht eine akute Gefährdung des Lebens oder des Gesundheitszustandes?

ja nein

Grund: _____

Ist Eile bei der Betreuerbestellung geboten (vorläufige Betreuerbestellung)? (Angabe von Gründen)

ja nein

Grund: _____

Könnte eine gesetzliche Betreuung (rechtliche Vertretung) durch weniger einschneidende Maßnahmen (Einschalten von Verwandten, Pflegediensten, andere Hilfen, Vollmachten) vermieden werden?

ja nein

Ist der/die Betroffene zur Erteilung einer rechtsgültigen Vollmacht fähig?

ja nein

In welchen Bereichen sollte der zukünftige Betreuer das Recht der gesetzlichen Vertretung ausüben können?

Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsorge Zuführung zur ärztlichen Behandlung

Vermögenssorge Vertretung bei Behörden Wohnungsangelegenheiten

Abschluß und Kontrolle eines Heimvertrages _____

Ist ein Einwilligungsvorbehalt notwendig? (d.h. die grundsätzliche Zustimmung des Betreuers zu allen Willenserklärungen des/r Betroffenen innerhalb des Aufgabenkreises; Grundlage ist die erhebliche Gefährdung der Person oder des Vermögens des/r Betreuten)

ja nein

Grund: _____

Welche Prognose kann über die weitere Entwicklung des Zustandes der(s) Betroffenen abgegeben werden? Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz.

Welche Angaben können zur voraussichtlichen Dauer der gesetzlichen Betreuungsbedürftigkeit gemacht werden? Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz.

Können die Entscheidungsgründe und Informationen darüber, daß andere öffentliche Stellen von der Entscheidung unterrichtet wurden, der(m) Betroffenen ohne erhebliche Gesundheitsgefährdung mitgeteilt werden?

ja nein

Die gemachten Angaben beziehen sich auf eine persönliche Untersuchung vom _____

Ort _____ Datum _____

Unterschrift (Stempel)