

Absender: \_\_\_\_\_

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

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

Handy: \_\_\_\_\_

Fax: 0861-56-501  
Amtsgericht Traunstein  
-Betreuungsgericht-  
Herzog-Otto-Str. 1  
83276 Traunstein

Ich rege an, gemäß § 1896 BGB eine **Betreuung** anzuordnen für:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
ausgeübter Beruf

\_\_\_\_\_  
genaue Anschrift (mit Wegweisung, z.B. 200 m nach Ortseinfahrt, dann Richtung ... links)

\_\_\_\_\_  
derzeitiger Aufenthalt

\_\_\_\_\_  
Telefon/Handy:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der **Wirkungskreis** der Betreuerin/des Betreuers soll umfassen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge         | <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Dritten        |
| <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten             |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung    | <input type="checkbox"/> Postangelegenheiten                 |
| <input type="checkbox"/> Unterbringungsmaßnahmen  | <input type="checkbox"/> Bettgitter, Bauchgurt und ähnliches |
| <input type="checkbox"/> _____                    | <input type="checkbox"/> _____                               |

Für das **Amt der Betreuerin/des Betreuers** schlage ich vor (gilt nur für ehrenamtlichen Betreuervorschlag):

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon/Handy

- Der in Aussicht genommene Betreuer/in ist damit einverstanden.
- Die Auswahl der Betreuerin/des Betreuers wird dem Gericht überlassen, weil
- Ein/e Berufsbetreuer/in erforderlich sein könnte.
  - \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es besteht ein Bedürfnis dafür, die genannten Angelegenheiten einer Betreuerin/einem Betreuer zu übertragen, da die/der Betroffene diese nicht (mehr) selbst besorgen kann wegen:

- Bewegungsunfähigkeit
  - Verwirrtheitszuständen
  - sonstiger körperlicher/geistiger Behinderungen
  - Persönlichkeitsveränderung, z.B.
  - Auffälligkeiten im Umgang mit Vermögen, z.B.
  - Sonstiges
- 
- 

Hausarzt:

behandelnder Nervenarzt:  
(falls zutreffend)

---

---

In der Anlage ist / sind beigefügt:

- Ärztliches Attest
  - Entbindung der Ärztin/des Arztes von der Schweigepflicht
  - Einverständniserklärung der/des Betroffenen
  - Vollmachten, welche die/der Betroffene erteilt hat
- 
- 

Die nächsten Angehörigen sind: (jeweils mit genauer Anschrift und Telefon-/Handynummer)

- Ehegatte/Lebenspartner \_\_\_\_\_
  - Eltern \_\_\_\_\_
  - volljährige Kinder:
- 
- 

- Geschwister
- 
-

Die/Der Betroffene besitzt:

- Vermögen über 25.000,-- €
  - kein nennenswertes Vermögen
- 
- 

Eine Verständigung im Sinne dass die/der Betroffene einfachere Fragen begreift

- ist möglich
  - ist bedingt möglich
  - ist nicht möglich
- 
- 

Die Angelegenheit ist **eilbedürftig**, weil

---

---

Die genannten Angehörigen sind mit einer Betreuung und mit der Person der vorgeschlagenen Betreuerin/des vorgeschlagenen Betreuers **einverstanden**;

- mit Ausnahme von
- 
- 

Vor Anhörungen bitte beachten:

Tür wird voraussichtlich

- geöffnet
- nicht geöffnet, weil

Günstige Tageszeit: \_\_\_\_\_, weil

Telefonische Anmeldung bei:

(z.B. Verwandte, Nachbarn)

-genaue Anschrift –Telefonnummer/Handynummer –

Ein/e **Dolmetscher**/in ist notwendig  JA  NEIN

Folgende Person kann als Dolmetscher/in hinzugezogen werden (Name, Telefon/Handy):

---

---

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*