

Amtsgericht Traunstein  
 – Betreuungsgericht –  
 Herzog-Otto-Str. 1  
 83276 Traunstein

**Absender**

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon (mit Vorwahl)	Mobil
E-Mail-Adresse	

Ich rege an, gemäß § 1896 BGB eine **B e t r e u u n g** 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 (mit Vorwahl)		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 (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon (mit Vorwahl)	Handy

- Der in Aussicht genommene Betreuer / die in Aussicht genommene Betreuerin ist damit einverstanden.
- Die Auswahl der Betreuerin / des Betreuers wird dem Gericht überlassen, weil
- ein Berufsbetreuer / eine Berufsbetreuerin 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**

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon (mit Vorwahl)	Handy

**Behandelnder Nervenarzt (falls zutreffend)**

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon (mit Vorwahl)	Handy

**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):**

<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> volljährige Kinder	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="text"/>

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**, weilDie genannten Angehörigen sind mit einer Betreuung und mit der Person der vorgeschlagenen Betreuerin/des vorgeschlagenen Betreuers **einverstanden**; mit Ausnahme von

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon (mit Vorwahl)	Handy

**Vor Anhörungen bitte beachten:**

Tür wird voraussichtlich

- geöffnet  
 nicht geöffnet, weil

Günstige Tageszeit: , weil

Telefonische Anmeldung bei (z. B. Verwandte, Nachbarn):

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon (mit Vorwahl)	Handy

**Ein/e Dolmetscher/in ist notwendig**  ja  nein

Folgende Person kann als Dolmetscher/in hinzugezogen werden:

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon (mit Vorwahl)	Handy