

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**, weil

--

Die 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

Ort, Datum

Unterschrift
