**Bitte alle Angaben leserlich in Blockschrift oder mit dem PC ausfüllen!**

**Absender (bitte nachfolgende Angaben in jedem Fall vollständig ausfüllen):**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Zuname | Straße/Hausnummer |
| PLZ/Wohnort | Telefonnummer |
| Handynummer | E-Mail |

**Bitte beachten Sie, dass das Amtsgericht Besigheim in Betreuungssachen nur für Personen zuständig ist, die ihren Wohnsitz in einem der folgenden Orte haben:**

* **Besigheim**
* **Bietigheim-Bissingen**
* **Bönnigheim**
* **Erligheim**
* **Freudental**
* **Gemmrigheim**
* **Hessigheim**
* **Ingersheim**
* **Kirchheim am Neckar**
* **Löchgau**
* **Mundelsheim**
* **Tamm**
* **Walheim**

**Zurück** an das

Amtsgericht Besigheim

Amtsgerichtsgasse 5

74354 Besigheim

Diese Mitteilung können Sie auch per Fax übermitteln:

Fax: 07143/8333-150

**Anregung zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers**

**gemäß § 1896 BGB**

Ich rege an, für (bitte vollständige Angaben!)

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Person des Betroffenen:** | |
| Vor- und Zuname |  |
| Geburtsname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Anschrift, Postleitzahl und Ort |  |
| Evtl. abweichender derzeitiger Aufenthalt |  |

eine Betreuerin/einen Betreuer zu bestellen.

Aktuelle Problemsituation (Begründung für die Anregung zur Bestellung eines rechtlichen Betreuers):

**Bitte beachten Sie hierbei, dass ein Betreuer nach dem Gesetz ausschließlich für die rechtlichen Belange und nicht für die tatsächliche Betreuung, wie z.B. Einkaufen, putzen, Körperpflege, usw., bestellt werden kann. Eine solche Problemstellung muss durch andere Hilfen gelöst werden; sie rechtfertigt die Bestellung eines Betreuers nicht!**

Sie können auch einen oder mehrere der Ihnen notwendig erscheinenden nachfolgend aufgeführten Aufgabenkreise ankreuzen, in denen nach Ihrer Meinung ein Betreuer/in tätig werden muss. Das Gericht wird Ihre Anregungen berücksichtigen, hat aber von Amts wegen nach Durchführung entsprechender Ermittlungen über die ihm notwendig erscheinenden Aufgabenkreise zu entscheiden.

Aufenthaltsbestimmung

Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen und deren Kontrolle

Sorge für die ärztliche Behandlung

Entscheidung über eine Untersuchung bzw. Operation

Organisation ambulanter Hilfen zur häuslichen Versorgung

Verwaltung der Einkünfte/Vermögen

Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern

Wohnungsangelegenheiten

Abschluss und Kontrolle eines Heimvertrages

Vertretung gegenüber der Heimleitung

Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post

**Gesundheitliche Situation des Betroffenen:**

Angaben zu Krankheitsbildern, Diagnosen, Defiziten und zur praktischen Lebensbewältigung des Betroffenen:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hausarzt** | |
| Vorname und Nachname |  |
| Straße und Hausnummer |  |
| Postleitzahl und Ort |  |
| Telefonnummer (Vorwahl und Rufnummer) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Facharzt** | |
| Vorname und Nachname |  |
| Straße und Hausnummer |  |
| Postleitzahl und Ort |  |
| Telefonnummer (Vorwahl und Rufnummer) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1 | Die/der Betroffene weiß, an welchen Krankheiten/Behinderungen sie/er leidet:  Ja  nein  nicht bekannt |
| 1.2 | Die/ der Betroffene hat Wahnideen (z.B. Verfolgungswahn, Vergiftungswahn)  Ja  nein  nicht bekannt |
| 1.3. | Es kommt zu Personenverwechslungen  Ja  nein  nicht bekannt |
| 1.4 | Sie/er äußert Selbstmordgedanken.  Ja  nein  nicht bekannt |
| 1.5 | Eine Verständigung mit ihr/ihm ist möglich.  Ja  nein  nicht bekannt |
| 1.6 | Sie/er weiß, wo sie/er wohnt.  Ja  nein  nicht bekannt |
| 1.7 | Sie/er weiß über ihre/seine persönliche Situation Bescheid  Ja  nein  nicht bekannt |
| 1.8 | Sie/er weiß über ihre/seine Einkommens/Vermögensverhältnisse Bescheid.  Ja  nein  nicht bekannt |
| 1.9 | Weitere Angaben: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zu den nächsten Angehörigen (Ehegatte, Kinder oder Eltern) des Betroffenen (evtl. weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt machen):** | |
| Vor- und Zuname |  |
| Verwandtschaftsverhältnis |  |
| Geburtsname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Anschrift, Postleitzahl und Ort |  |
| Telefonnummer (Vorwahl und Rufnummer) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorschlag zur Person des Betreuers** | |
| Vor- und Zuname |  |
| Verwandtschaftsverhältnis |  |
| Geburtsname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Anschrift, Postleitzahl und Ort |  |
| Telefonnummer (Vorwahl und Rufnummer) |  |

**Gibt es eine General- und Vorsorgevollmacht**

nein  ja, nachfolgendes bitte ausfüllen

|  |  |
| --- | --- |
| **Vollmacht** | |
| Bevollmächtigter: Vor- und Zuname |  |
| Anschrift des Bevollmächtigten |  |
| Gegenstand/ Inhalt der Vollmacht |  |
| Bei notarieller Vollmacht bitte beurkundendes Notariat angeben (möglichst bitte Urkundenrollennummer) |  |

Kopie der Vollmacht ist in der Anlage beigefügt?

Ja  nein

Betreuungsverfügung (Regelung zur Person des Betreuers, dessen Aufgaben usw. ist vorhanden):

ja  nein  nicht bekannt

und in der Anlage beigefügt:

Ja  nein

|  |  |
| --- | --- |
| **Betreuungsverfügung** | |
| Benannte Person: Vor- und Zuname |  |
| Benannte Person: Anschrift |  |
| Benannte Person: Telefonnummer |  |

Patientenverfügung (Regelung zum Verlust der eigenen Urteils- und Entscheidungsfähigkeit ist vorhanden?)

ja  nein  nicht bekannt

und in der Anlage beigefügt:

ja  nein

Die/der Betroffene ist über die Betreuungsanregung informiert

Ja  nein  nicht bekannt

Die/der Betroffene ist mit einer Betreuerbestellung einverstanden.

Ja  nein  nicht bekannt

Bei der Anhörung können folgende Schwierigkeiten auftreten:

* Schwerhörigkeit  ja  nein
* Sehbehinderung  ja  nein
* Erfordernis eines Dolmetschers  ja  nein

Es ist besondere Eile geboten, weil

Für den Fall der Unzuständigkeit bitten wir um Weiterleitung an das zuständige Be-

treuungsgericht.

Wir bitten um Erteilung einer Abgabenachricht.

     ,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift