

Absender: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

An das

Amtsgericht Bremen-Blumenthal
Landrat-Christians-Str.65
28779 Bremen

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Anregung zur Einrichtung einer Betreuung

Ich bin

- der Sohn
- die Tochter
- der Vater
- die Mutter
-

d. Betroffenen.

Ich rege an, eine Betreuung für Frau/Herrn

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsort, Geburtsdatum)

einzurichten mit dem Aufgabenkreis

- Sorge für die Gesundheit
- Aufenthaltsbestimmung
- Vermögenssorge
- Wohnungsangelegenheiten
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- Rechts-/Antrags- und Behördenangelegenheiten
- Organisation ambulanter Hilfen
- Wahrnehmung der Rechte d. Betroffenen gegenüber d. Bevollmächtigten
-

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

- (Bitte diesen Punkt nur ausfüllen, soweit nach Ihrer Ansicht eine Entscheidung des Gerichts im **Eilverfahren** erforderlich sein sollte) **Eile ist geboten, weil**

Ein ärztliches Attest

- soll vom Gericht eingeholt werden.
- lege ich vor.
- werde ich nachreichen.

Hausärztin/Hausarzt ist meines Wissens Frau/Herr

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer)

Psychiater/Neurologe ist meines Wissens Frau/Herr

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer)

- D. Betroffene wird den Arzt/die Ärztin von der Schweigepflicht
- nicht entbinden
 - entbinden

D. Betroffene hat

- keine Kenntnis von dieser Anregung.
- Kenntnis von dieser Anregung und hat ihr zugestimmt.
- Kenntnis von dieser Anregung und hat ihr nicht zugestimmt.

D. Betroffene befindet sich zurzeit nicht in ihrer/seiner üblichen Umgebung, sondern in

(Ort, Einrichtung, Telefonnummer)

bis voraussichtlich _____ .

- D. Betroffene ist mit einer Anhörung in der üblichen Umgebung
- einverstanden.
 - nicht einverstanden.
- D. Betroffene kann zur Untersuchung beim Sachverständigen und zu einer Anhörung beim Gericht
- nicht kommen.
 - kommen.
- Bei der Anhörung d. Betroffenen können sich für das Gericht folgende Schwierigkeiten ergeben:
- Schwerhörigkeit
 - Sehbehinderung
 - _____

Ein Anhörungs- und/oder Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch Frau/Herrn

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer)

(Beziehung z. Betroff.)

Soweit mir bekannt ist, gehören folgende Personen zu den nächsten Angehörigen und Bekannten: (bei weiteren Angehörigen bitte Rückseite benutzen)

1. _____
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

(Beziehung z. Betroff.)

2. _____
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

(Beziehung z. Betroff.)

3. _____
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

(Beziehung z. Betroff.)

4. _____
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

(Beziehung z. Betroff.)

Ich rege an, z. Betreuer(in) zu bestellen:

mich.

Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Postleitzahl, Ort, Telefon-/Faxnummer, Beziehung z. Betroffenen

D. Betroffene

- ist damit einverstanden.
- ist damit nicht verstanden.
- hat sich dazu nicht geäußert.

Für die Auswahl des Betreuers erscheint wichtig: _____

Um d. Betroffene/n kümmert sich zurzeit

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) (Beziehung z. Betr.)

Soweit mir bekannt ist, bestehen folgende Vollmachten:

Vorsorgevollmacht (bitte möglichst Kopie beifügen)
für _____
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

(Beziehung z. Betroff.)

Betreuungsverfügung (bitte möglichst Kopie beifügen)
für _____
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

(Beziehung z. Betroff.)

Bankvollmacht
für _____
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

(Beziehung z. Betroff.)

Vollmacht für folgende Aufgabenbereiche: _____
für _____
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

(Beziehung z. Betroff.)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)