

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name (Anregende Person)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hs.Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Tel. privat/mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail/Fax

**Amtsgericht  
-Betreuungsgericht-  
Friedenstraße 7  
97737 Gemünden a.Main**

**Ich rege an, für**

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

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
wohnhaft

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

\_\_\_\_\_  
Tel. privat/mobil

**eine Betreuung mit folgenden Aufgabenbereiche einzurichten:**

<input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Behörden-, Renten- und Sozialleistungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Versicherungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entscheidung über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post	<input type="checkbox"/> Grundstücksangelegenheiten <input type="checkbox"/> Organisation der ambulanten Versorgung <input type="checkbox"/> Angelegenheiten bezüglich stationärer Wohneinrichtungen <input type="checkbox"/> Entscheidung über eine mit Freiheitsentziehung verbundene <b>Unterbringung</b> <input type="checkbox"/> Entscheidung über <b>freiheitsentziehende Maßnahmen</b> (z.B. Anbringen von Bettgitter) <input type="checkbox"/> sonstiges  
---	---

D. betr. Person leidet an einer ....

\_\_\_\_\_  
(Erkrankung)

D. betr. Person ist nicht in der Lage, selbst für ihre Angelegenheiten zu sorgen, weil....

\_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt ist:

---

(Name, Anschrift, Telefon, E-Mail/Fax)

Diese Dokumente sind in **Kopie beigelegt**:

☐ ärztliches Attest ☐ fachärztliches Gutachten ☐ sonstiges ( z.B. Arztbrief/ Entlassbrief)

D. betr. Person hat ☐ **Kenntnis** ☐ **keine Kenntnis** von dieser Anregung.

D. betr. Person ist mit der Errichtung einer Betreuung

☐ **einverstanden** ☐ **nicht einverstanden.**

Ein Anhörungs- oder Untersuchungstermin **kann vermittelt** werden durch:

---

(Name, Anschrift, Telefon, E-Mail/Fax)

Bei der Anhörung d. betr. Person können folgende Schwierigkeiten auftreten:

---

(z.B. Schwerhörigkeit, Sehbehinderung u.ä.)

---

D. betr. Person ist mit der **Anhörung in gewohnter Umgebung** voraussichtlich

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden.

D. betr. Person kann zum **Gericht bzw. Sachverständigen**

☐ kommen o. gebracht werden ☐ nicht kommen o. gebracht werden.

Die **nächsten Angehörigen** (oder Bekannten) d. betr. Person sind:

---

(Name, Anschrift, Telefon, E-Mail/Fax, Beziehung z. betr. Person)

---

(Name, Anschrift, Telefon, E-Mail/Fax, Beziehung z. betr. Person)

Wer **kümmerte** sich bisher um d. betroffene Person und deren Angelegenheiten?

---

**Als Betreuer schlage ich vor:**

---

Name, Geb.Datum, Anschrift, Telefon, E-Mail/Fax, Verhältnis z. betr. Person)

☐ Ich kann keinen Betreuervorschlag machen.

Soweit mir bekannt, bestehen folgende **Vollmachten/Verfügungen** (bitte beifügen, soweit vorhanden)

☐ Bankvollmacht ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Patientenverfügung ☐ Betreuungsverfügung

---

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

\*Bei Bedarf bitte Beiblatt anfügen.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich an:

**Betreuungsgericht** Gemünden, Friedenstr. 7, 97737 Gemünden am Main, Tel: 09351 / 809-0, Fax: 09621-96241-3860.  
Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 08.00 - 12.00 Uhr oder Termine nach mündlicher Vereinbarung.

**Betreuungsstelle** Landratsamt MSP, Marktplatz 8, 97753 Karlstadt, Tel: 09353 / 793-1150 oder 09353 / 793-1121, E-Mail: [Betreuungsstelle@Lramsp.de](mailto:Betreuungsstelle@Lramsp.de), Fax: 09353 / 793-7151 oder 09353 / 793-7121.