

---

Vorname, Name

---

Straße, Nr.

---

PLZ, Ort

---

Telefonnummer/Faxnummer/E-Mail

An das  
Amtsgericht Schwäbisch Gmünd  
-Betreuungsgericht-  
Rektor-Klaus-Straße 21  
73525 Schwäbisch Gmünd

## Anregung zur Einrichtung einer Betreuung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich rege an, für

<hr/> Vorname	<hr/> Name	<hr/> Geburtsdatum/Geburtsort
<hr/> Straße/Nr.	<hr/> PLZ/Wohnort	<hr/> Telefon
<hr/> Name der Einrichtung:		
<hr/>		

einen Betreuer zu bestellen.

### **1. Bei der oben genannten Person liegen folgende Behinderungen bzw. gesundheitliche Einschränkungen vor:**

- psychische Krankheit bzw. seelische Behinderung
- geistige Behinderung
- körperliche Behinderung
- Altersdemenz
-

**2. Behandelnde/r Arzt/Ärzte:**

Facharzt/Hausarzt    Name                      PLZ/Wohnort/Straße                      Telefonnummer

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**3. Ärztliche Diagnosen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Gesundheitliche Einschränkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Aufgrund der Behinderungen bzw. gesundheitlichen Einschränkungen kann die betroffene Person folgende Angelegenheiten nicht selbst regeln:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten                 | <input type="checkbox"/> Entgegennahme u. Öffnen der Post     |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge                       | <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Ämtern/Behörden |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge                  | <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Heimen          |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung                | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten              |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über eine Unterbringung | <input type="checkbox"/> Sonstige:                            |

**6. Soweit mir bekannt ist, zählen folgende Personen zu den nächsten Angehörigen und Bekannten der betroffenen Person:**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Tel.-Nr., Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Tel.-Nr., Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Tel.-Nr., Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Tel.-Nr., Verwandtschaftsgrad

**7. Betreuervorschlag:**

- Ich bin bereit, die Betreuung zu übernehmen.
- Ich kenne niemanden, der bereit und/oder geeignet ist, die Betreuung zu übernehmen.
- Folgende Person könnte zum Betreuer vorgeschlagen werden

---

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift, Tel.-Nr., Verwandtschaftsgrad

**8. Die betroffene Person:**

- ist mit der Betreuung einverstanden      ja       nein
- ist mit dem Betreuervorschlag einverstanden      ja       nein
- hat sich hierzu nicht geäußert.
- ist über diese Betreuungsanregung nicht informiert.

**9. Ein Gesprächstermin oder Untersuchungstermin des Arztes kann vermittelt werden durch:**

---

Vorname, Name, Anschrift, Tel.-Nr., Verwandtschaftsgrad

**10. Soweit mir bekannt ist:**

- bestehen **Vollmachten** (z. B. General-, Vorsorge- oder Bankvollmacht) für

---

---

- besteht eine **Betreuungsverfügung**

- besteht eine **Patientenverfügung**

(falls vorhanden, bitte jeweils in Fotokopie beifügen)

**11. Ich möchte noch Folgendes mitteilen (z. B. Gründe für Eilbedürftigkeit):**

---

---

---

---

Ort

Datum

Unterschrift