

Amtsgericht  
Abteilung Betreuungsgericht  
Am Burgfeld 7  
23568 Lübeck

**Absender:**

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

\_\_\_\_\_  
Organisation

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
**Beziehung zum/zur Betroffenen**

**Anregung zur Einrichtung einer rechtlichen Betreuung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich rege eine rechtliche Betreuung an für

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, Postzeitzahl, Ort)

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mobilnummer

Die/der Betroffene befindet sich zurzeit nicht in ihrer/seiner üblichen Umgebung, sondern in

\_\_\_\_\_  
(Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer)

Die/der Betroffene lebt

allein

mit Partner/-in

mit Kind

mit anderen Personen

} \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

Die/der Betroffene hat

Kenntnis von dieser Anregung und hat ihr zugestimmt.

Kenntnis von dieser Anregung und hat ihr nicht zugestimmt.

keine Kenntnis von dieser Anregung.

Als Hausarzt/-ärztin ist mir bekannt:

---

(Name, Anschrift, Telefonnummer)

Als Psychiater/-in/Neurologe/-in ist mir bekannt:

---

(Name, Anschrift, Telefonnummer)

Ein ärztliches Attest

- lege ich vor (s. Anlage).
- werde ich nachreichen.
- kann ich nicht vorlegen.

Die folgenden gesundheitlichen Einschränkungen und Diagnosen sind mir bekannt:

---

---

Aus den vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen ergibt sich folgender rechtlicher Handlungsbedarf:

---

---

---

---

Die/der Betroffene erhält bereits Hilfen durch

Angehörige

---

(Name, Anschrift, Telefonnummer, Beziehung zum/zur Betroffenen)

Sozialstation/Pflegedienst

---

(Name, Anschrift, Telefonnummer)

päd./psych. Betreuung

---

(Name, Anschrift, Telefonnummer)

sonstige Personen

---

(Name, Anschrift, Telefonnummer)

Die folgenden Vollmachten und Verfügungen liegen vor/sind bekannt:

- |  |                                    |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht   | <input type="checkbox"/> liegt vor | <input type="checkbox"/> liegt nicht vor | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Bankvollmacht       | <input type="checkbox"/> liegt vor | <input type="checkbox"/> liegt nicht vor | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung | <input type="checkbox"/> liegt vor | <input type="checkbox"/> liegt nicht vor | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung  | <input type="checkbox"/> liegt vor | <input type="checkbox"/> liegt nicht vor | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |

Ich rege an, folgende Person aus dem persönlichen Umfeld der/des Betroffenen zur Betreuerin/zum Betreuer zu bestellen:

mich

---

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

Die vorgeschlagene Person steht in folgender Beziehung zur/zum Betroffenen:

---

Die/der Betroffene ist

- über den Vorschlag informiert und einverstanden.  
 über den Vorschlag informiert und nicht einverstanden.  
 nicht über den Vorschlag informiert.

Es ist keine Person bekannt, die als mögliche Betreuerin/möglicher Betreuer zur Verfügung steht.

Die/der Betroffene kann das Amtsgericht, den Gutachter, die Betreuungsbehörde aufsuchen:

ja     nein

Eine sprachliche Verständigung mit der/dem Betroffenen ist möglich:

ja             nein, weil keine ausreichenden deutschen Sprachkenntnisse vorliegen  
Die/der Betroffene spricht folgende Sprache:

nein, weil

Beim Kontakt mit der/dem Betroffenen können sich folgende Schwierigkeiten ergeben:

- Schwerhörigkeit  
 Sehbehinderung  
 Briefkasten wird nicht geleert  
 Tür wird nicht geöffnet

Ein Besuchs- oder Anhörungstermin kann vermittelt werden durch:

---

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer)

Eine besondere Vertrauensperson für die/den Betroffenen ist:

---

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer)

---

**(Datum, Unterschrift)**