

Fragebogen zur Einrichtung einer Betreuung

(Betreuung als gesetzliche Vertretung gemäß § 1896 ff. BGB)

Amtsgericht:

1. Anregung von

| |
|--|
| Name, Vorname/Organisation/Stellung zur betroffenen Person (z. B. Kind, Ehe-/Lebenspartner, Nachbar) |
| Adresse, Telefon |

2. Personalien der betroffenen Person

| | | |
|--|----|---------------|
| Name, Vorname(n)/evtl. Geburtsname | | |
| geb. am | in | Familienstand |
| Adresse, Telefon | | |
| Derzeitiger Aufenthalt falls abweichend von Wohnung | | |
| Evtl. angedachter zukünftiger Aufenthaltsort (ab wann) | | |

3. Soziale Situation der betroffenen Person

| | |
|---|---|
| Betroffene Person lebt | |
| <input type="checkbox"/> allein | <input type="checkbox"/> mit Partner/-in <input type="checkbox"/> mit Kind <input type="checkbox"/> mit anderen Personen: Name, Adresse, Telefon |
| Angehörige und Vertrauenspersonen z.B. Freunde, Bekannte (Namen, Adresse, Telefon) | |

| |
|--|
| Finanzielle Situation: Art/Höhe |
| Einkommen: |
| Sparvermögen: |
| sonstige Vermögenswerte: |
| Schulden: |

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| Krankenkasse/Pflegekasse | Pflegegrad |
| Behinderung | Grad der Behinderung % |

4. Gesundheitliche Situation

| | |
|---|--|
| Hausarzt, Adresse, Telefon | Der Arzt ist über die Anregung informiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Arzt für Psychiatrie / Neurologie, Adresse, Telefon | Der Arzt ist über die Anregung informiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Welche gesundheitliche/n Einschränkung/en liegt/liegen vor (Diagnosen)? Liegt eine Suchtproblematik vor?
Bisherige Aufenthalte in der Psychiatrie?

5. Praktische Lebensbewältigung

Folgende Einschränkungen bei der Regelung der **eigenen** Angelegenheiten (praktische Alltagsbewältigung) ergeben sich

Die betroffene Person erhält bereits tatsächliche Hilfen durch

Angehörige Sozialstation(Pflegedienst) Soz. Dienste, Fachdienste sonst. Personen

Name, Adresse, Telefon

Aus folgenden Gründen sind die bereits geleisteten Hilfen nicht ausreichend

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

6. Vollmachten und andere Verfügungen

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| Vollmacht oder Verfügung vorhanden | <input type="checkbox"/> ja (Kopie beifügen!) | <input type="checkbox"/> nein |
| Wer ist Inhaber dieser Vollmacht/Verfügung? (Name, Adresse, Telefon) | | |

7. Zum möglichen Aufgabenkreis einer Betreuung

| | | |
|---|--|---|
| Was ist nach Meinung des Anregers zurzeit konkret im Rahmen einer gesetzlichen Vertretung zu regeln? | | |
| <input type="checkbox"/> Sorge für die Gesundheit | <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Bestimmung des Aufenthaltes |
| <input type="checkbox"/> freiheitsbeschränkende Maßnahmen | <input type="checkbox"/> Schuldenregulierung | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über Unterbringung | <input type="checkbox"/> Kranken-/Pflegekasse, Behördenangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Anhalten und Öffnen der Post |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über Zwangsbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Wer könnte die Betreuung übernehmen?

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ist die betroffene Person über die Anregung der Betreuung informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die betroffene Person mit der Einrichtung einer Betreuung einverstanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wer könnte die Betreuung übernehmen? | | |
| Vorname / Name | geb. am | |
| Adresse | Telefon | |
| Beruf | | |
| Die vorgeschlagene Person ist über den Vorschlag informiert und einverstanden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In welchem Verhältnis steht die vorgeschlagene Person zur betroffenen Person? | | |

9. Hinweise für Gericht, Gutachter und Betreuungsbehörde

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Kann die betroffene Person Gericht, Betreuungsbehörde oder Gutachter aufsuchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist eine sprachliche Verständigung mit der betroffenen Person möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls die betroffene Person der deutschen Sprache nicht mächtig ist, welche Sprache spricht sie? | | |
| Es liegen ferner folgende besondere Schwierigkeiten vor (z. B. Blindheit, Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit, Gehbehinderung) | | |
| | | |

Ort, Datum

Unterschrift