

Fragebogen zur Einrichtung einer Betreuung

(Betreuung als gesetzliche Vertretung gemäß §§ 1814 ff. BGB)

Stand: Januar 2023



LANDKREIS
GÖPPINGEN

Amtsgericht _____

1. Anregung von

Name, Vorname / Organisation
Stellung zur betroffenen Person (z.B. Kind, Ehepartner, 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 (Name, 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 gesundheitlichen Einschränkungen 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		<input type="checkbox"/> Angehörige
<input type="checkbox"/> Sozialstation (Pflegedienst)	<input type="checkbox"/> Soziale Dienste /Fachdienste	<input type="checkbox"/> sonstige Personen
Name, Adresse, Telefon		
Aus folgenden Gründen sind die bereits geleisteten Hilfen nicht ausreichend:		

6. Vollmachten und andere Verfügungen

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

7. Zum möglichen Aufgabenbereich einer Betreuung

Was ist nach Meinung des Anregers zurzeit konkret im Rahmen einer gesetzlichen Vertretung zu regeln?		
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge
<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Immobilienangelegenheiten	<input type="checkbox"/> freiheitsentziehende Maßnahmen
<input type="checkbox"/> Heimangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> freiheitsentziehende Unterbringung
<input type="checkbox"/> Entscheidung über Telekommunikation einschließlich elektronischer Kommunikation	<input type="checkbox"/> Postkontrolle	<input type="checkbox"/> Bestimmung des Umgangs
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wer könnte die Betreuung übernehmen?

Ist die betroffene Person über die Anregung der Betreuung informiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die betroffene Person mit der Einrichtung der Betreuung einverstanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wer könnte die Betreuung übernehmen?		
Name, Vorname	geb. am	
Adresse	Telefon	
Beruf		
Ist die betroffene Person über die Anregung der Betreuung informiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In welchem Verhältnis steht die vorgeschlagene Person zur betroffenen Person?		

9. Hinweise für Gericht, Gutachter und Betreuungsbehörde

Kann die betroffene Person Gericht oder Gutachter aufsuchen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist eine sprachliche Verständigung mit der betroffenen Person möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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