

Absender: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

An das

Amtsgericht Bremerhaven  
– Betreuungsgericht –  
Nordstr. 10  
27580 Bremerhaven

**Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen**

### Fremdanregung zur Einrichtung einer Betreuung

Ich bin

- der Sohn
- die Tochter
- der Vater
- die Mutter

\_\_\_\_\_  
der/des Betroffenen.

Ich rege an, eine Betreuung für

- Frau
- Herr

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Postleitzahl, Ort)

einzurichten.

In folgenden konkreten Angelegenheiten besteht Unterstützungsbedarf (Aufgabenbereiche):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die/Der Betroffene ist nicht mehr in der Lage, die oben genannten Angelegenheiten selbst zu besorgen, weil

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die/Der Betroffene erhält bereits Hilfe durch:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diese Hilfe ist nicht ausreichend, weil

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Die Unterstützung durch eine rechtliche Betreuerin oder einen rechtlichen Betreuer ist dringend geboten, weil

---

---

---

Ein ärztliches Attest

- soll vom Gericht eingeholt werden.  
 lege ich vor.  
 werde ich nachreichen.

Hausärztin oder Hausarzt bzw. Psychiaterin oder Psychiater ist

- Frau  Herr

---

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer)

Die/Der Betroffene hat

- keine Kenntnis von dieser Anregung.  
 Kenntnis von dieser Anregung und hat der Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers zugestimmt.  
 Kenntnis von dieser Anregung und hat der Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers nicht zugestimmt.

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

---

(Ort, Einrichtung, Telefonnummer)

bis voraussichtlich \_\_\_\_\_.

- Die/Der Betroffene ist mit einer Anhörung in der üblichen Umgebung

- einverstanden.  
 nicht einverstanden.

- Die/Der Betroffene kann zur Untersuchung bei der oder dem Sachverständigen und zu einer Anhörung beim Gericht

- nicht kommen.  
 kommen.

- Bei der Anhörung der/des Betroffenen können sich für das Gericht folgende Schwierigkeiten ergeben:

- Sehbehinderung  
 Schwerhörigkeit

\_\_\_\_\_

- Ein Anhörungs- und/oder Untersuchungstermin kann vermittelt werden durch

- Frau  Herr

---

(Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer)

---

(Beziehung zur/zum Betroffenen)

Folgende Personen gehören zu den nächsten Angehörigen und Bekannten der/des Betroffenen:

1.

---

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

---

(Beziehung zur/zum Betroffenen)

2.

---

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

---

(Beziehung zur/zum Betroffenen)

3. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)  
\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

4. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)  
\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

(bei weiteren Angehörigen bitte Rückseite benutzen)

Ich rege an, zur Betreuerin/zum Betreuer zu bestellen:

- Mich.  
 Frau     Herrn

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Postleitzahl, Ort, Telefon-/Faxnummer, Beziehung zur/zum Betroffenen)

Für die Auswahl einer Betreuerin oder eines Betreuers erscheint wichtig:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Um die Betroffene/den Betroffenen kümmert sich zurzeit

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Straße, Postleitzahl, Ort, Telefon-/Faxnummer, Beziehung zur/zum Betroffenen)

**Es bestehen folgende Vollmachten bzw. Verfügungen:**

Vorsorgevollmacht (bitte möglichst Kopie beifügen)

für \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

Betreuungsverfügung (bitte möglichst Kopie beifügen)

für \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

Bankvollmacht

für \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

Vollmacht für folgende Aufgabenbereiche: \_\_\_\_\_

für \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zur/zum Betroffenen)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)