

An das
Amtsgericht
Georgstraße 13
45468 Mülheim an der Ruhr

Antrag auf Bestellung eines gesetzlichen Betreuers



1. Persönliche Angaben

Familienname, Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> w - <input type="checkbox"/> m	Familienstand
	Geb.Datum:	
Anschrift: <i>Straße, Hausnummer</i>	<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
Telefon	Telefon Mobil	Telefax
Aktueller Aufenthalt		
Anschrift: <i>Straße, Hausnummer</i>	<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
Ergänzende Angaben zur Person		



2. Nächste Bezugspersonen

Familienname, Vorname	Beziehung	Telefon/Mobil
Anschrift: <i>Straße, Hausnummer</i>	<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
Familienname, Vorname	Beziehung	Telefon/Mobil
Anschrift: <i>Straße, Hausnummer</i>	<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
Familienname, Vorname	Beziehung	Telefon/Mobil
Anschrift: <i>Straße, Hausnummer</i>	<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>

sind nicht bekannt.

3. Angaben zu Vollmachten und Versorgungsregelungen

Die Erteilung einer Vollmacht ist möglich <input type="checkbox"/> .
Die Erteilung einer Vollmacht ist nicht möglich, weil:

Vollmachten/Verfügungen

Folgende Vollmachten/Verfügungen liegen vor:

Generalvollmacht		Vorsorgevollmacht		Betreuungsverfügung	
vom (Datum)	Kopie beigefügt	vom (Datum)	Kopie beigefügt	vom (Datum)	Kopie beigefügt
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bankvollmacht		Kontovollmacht			
vom (Datum)	Kopie beigefügt	vom (Datum)	Kopie beigefügt		
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Weitere Vollmachten/Verfügungen					
vom (Datum)	Vollmachten/Verfügungen			Kopie beigefügt	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4. Vorhandene Hilfen

Zuständige Kranken- Pflegekassen

Name der Kasse	Anschrift - PLZ / Ort	Straße, Hausnummer
Telefon	Telefon (Mobil)	Telefax

Pflegestufe	<input type="checkbox"/> Stufe 1	<input type="checkbox"/> Stufe 2	<input type="checkbox"/> Stufe 3	<input type="checkbox"/> Feststellung ist beantragt
-------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---

Ambulante Dienste / Pflegeeinrichtungen

Anbieter	Anschrift - PLZ / Ort	Straße, Hausnummer
Telefon	Telefon (Mobil)	Telefax

Anbieter	Anschrift - PLZ / Ort	Straße, Hausnummer
Telefon	Telefon (Mobil)	Telefax

 Hausärztliche Betreuung

Name der Ärztin / des Arztes	Anschrift - PLZ / Ort	Straße, Hausnummer
Telefon	Telefon (Mobil)	Telefax

 Fachärztliche Betreuung

Name der Ärztin / des Arztes	Anschrift - PLZ / Ort	Straße, Hausnummer
Telefon	Telefon (Mobil)	Telefax

5. Wirtschaftliche Situation

 Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen

Einkommen / Renten

Sonstige Einkommen	(Hartz IV /HzL usw.)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sparguthaben	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Immobilien / Grundstücke	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schulden	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

 **6. Persönliche Situation**

Angaben zur persönlichen Situation

Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, bitte hängen Sie diesem Antrag ein Ergänzungsblatt an.

--

7. Angaben zur Notwendigkeit einer rechtlichen Betreuung

Aktuelle, rechtliche Angelegenheiten die nicht geregelt werden können:

Ärztliches Attest zur Notwendigkeit der Betreuung – bitte dem Antrag beifügen

Notwendiger Aufgabenkreis

<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Sorge für die Gesundheit
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Heimangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Entgegennahme und Anhalten der Post	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist wegen dringend notwendiger Maßnahmen eine vorläufige Betreuerbestellung durch eine einstweilige Anordnung erforderlich? Ja Nein

8. Einstellungen und Wünsche der betroffenen Person zur rechtlichen Betreuung

Die betroffene Person kann sich zum Betreuungsverfahren äußern.

Die betroffene Person kann sich zum Betreuungsverfahren nicht äußern, weil:

Die betroffene Person hat folgende Sichtweise, Wünsche bzw. Vorschläge:

Die betroffene Person ist mit der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung einverstanden.

Die betroffene Person ist mit der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung nicht einverstanden.

9. Betreuungsvorschlag

1. Betreuungsvorschlag

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift: <i>Straße, Hausnummer</i>	<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
Beruf	Telefon	Telefon (Mobil)

2. Betreuungsvorschlag

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift: <i>Straße, Hausnummer</i>	<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
Beruf	Telefon	Telefon (Mobil)

Ersatzbetreuerin / Ersatzbetreuer

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift: <i>Straße, Hausnummer</i>	<i>Postleitzahl</i>	<i>Ort</i>
Beruf	Telefon	Telefon (Mobil)



Die vorgeschlagenen Personen sind zur Übernahme der Betreuung bereit und geeignet



Geeignete Personen aus dem Umfeld stehen nicht zur Verfügung weil:



10. Fachliche Stellungnahme und ergänzende Angaben

Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, hängen Sie diesem Antrag bitte ein Ergänzungsblatt an.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bei Antragstellung durch Dritte

Name, Vorname

Anschrift/Telefon

Unterschrift

Ggf Stempel der Einrichtung