

<b>anregende Person</b>	Name, Vorname		
	ggf. Institution		
	Straße, Haus-Nr.		
	PLZ, Ort		
	Telefon	Festnetz:	Mobil:
	e-mail:		

An den  
**Landkreis Uckermark**  
**Gesundheits- und Veterinäramt**  
- Betreuungsbehörde -  
  
**Karl-Marx-Str. 1**  
**17291 Prenzlau**

Das Formular kann auch **per FAX**  
gesendet werden  
Betreuungsbehörde:  
**03984-703453**

## Anregung zur Bestellung einer gesetzlichen Vertretung

**Ich rege an, für folgende Person eine/n Betreuer/in zu bestellen:**

<b>Betroffene Person</b>	Name, Vorname		
	Geburtsdatum		
	Straße, Haus-Nr.		
	PLZ, Ort		
	Telefon	Festnetz:	Mobil:

**Die betroffene Person hat von der Anregung einer Betreuung**

- Kenntnis     keine Kenntnis, Gründe \_\_\_\_\_

**Die betroffene Person ist mit der Einrichtung einer Betreuung:**

- einverstanden     nicht einverstanden     kann sich dazu nicht äußern

**Die betroffene Person ist krankheitsbedingt ganz oder teilweise nicht in der Lage, ihre Angelegenheiten zu besorgen. Sie leidet an einer der unten angeführten Krankheiten oder Behinderungen:**

<b>Krankheiten</b>	<input type="checkbox"/> es besteht der <b>Verdacht auf:</b>	<input type="checkbox"/> es besteht die <b>Diagnose:</b>
	_____	_____
	_____	_____

**Ein ärztliches Attest, Arztbrief, Pflegegutachten, fachärztliches Gutachten ...**

- liegt dieser Anregung bei  wird nachgereicht
- soll vom Betreuungsgericht selbst eingeholt werden

**In folgenden Bereichen kann die betroffene Person nicht für sich selbst sorgen, es bestehen folgende Schwierigkeiten:**

<b>notwendiger Handlungsbedarf</b>	<p>im Bereich der <b><u>Gesundheitsfürsorge:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> versteht den Inhalt von Arztgesprächen nicht</li> <li><input type="checkbox"/> kann in ärztliche Maßnahmen nicht wirksam einwilligen</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation/ Beantragung pflegerischer Leistungen</li> <li><input type="checkbox"/> krankheitsuneinsichtig</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul>	<p>im Bereich der <b><u>Vermögenssorge:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> es bestehen Schulden</li> <li><input type="checkbox"/> kein Einkommen</li> <li><input type="checkbox"/> kann sich das Geld nicht selbst einteilen</li> <li><input type="checkbox"/> öffnet Briefe nicht</li> <li><input type="checkbox"/> kann Sozialleistungsansprüche nicht geltend machen</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul>
	<p>im Bereich d. <b><u>Wohnungsangelegenheiten:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> von Wohnungslosigkeit bedroht</li> <li><input type="checkbox"/> Umzug erforderlich, weil _____</li> <li>_____</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul>	<p>im Bereich <b><u>aller Angelegenheiten:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> kann sich nicht äußern</li> <li><input type="checkbox"/> besitzt kein Sprachverständnis</li> <li><input type="checkbox"/> kann nur sehr eingeschränkt lesen, schreiben, rechnen</li> <li><input type="checkbox"/> ist in allen Bereichen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul>
<p>Sonstiges:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

**Die betroffene Person ist in hausärztlicher Behandlung bei:**

<b>Hausarzt*in</b>	Name, Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Ort	
	Telefon	

**Die betroffene Person ist in psychiatrisch/ neurologisch Behandlung bei:**

<b>Facharzt*in</b>	Name, Vorname	
	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Ort	
	Telefon	

**Es werden Medikamente zur Behandlung einer psychischen Krankheit eingenommen und/ oder zur Sedierung/ Beruhigung**

nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Folgende Angehörige sind mir bekannt** (insbesondere Ehegatte/ Lebensgefährten und volljährige Kinder angeben) und haben in die Weitergabe ihrer Daten eingewilligt:

<b>Angehörige</b>	Name, Vorname, Geb.-Datum	Adresse, Tel/ Handy, e-mail	Verwandtschafts-verhältnis

**Wer kümmerte sich bisher um die betroffene Person/ bzw. um ihre Angelegenheiten?**

<b>vorhandene Hilfen</b>	Name oder Institution (Angehörige, Pflegedienst, Einrichtung)	Adresse, Tel/ Handy, e-mail	Beziehung zur betroffenen Person

**Wer kann Termine vermitteln?**

<b>Termin-vermittlung</b>	Name oder Institution (Pflegedienst, Einrichtung)	Adresse, Tel/ Handy, e-mail

**Soweit mir bekannt ist, bestehen folgende Vollmachten/ Verfügungen:**

- Bankvollmacht     Vorsorgevollmacht     Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

**Diese Dokumente**

- sind in Kopie beigelegt
- werden nachgereicht
- können angefordert werden bei: \_\_\_\_\_

**Die betroffene Person ist zurzeit anzutreffen**

- zu Hause oder  unter folgender Adresse \_\_\_\_\_

**Als ehrenamtl. Betreuer/ Betreuerin schlage ich vor**

<b>Betreuerauswahl</b>	Name, Vorname, geb.-Datum	Adresse, Tel/ Handy, e-mail	(Verwandtschafts)verhältnis z. Bertr.
	Begründung:		

- Die vorgeschlagene Person wurde informiert     Berufsbetreuung erforderlich

**Die betroffene Person ist mit dem Betreuervorschlag**

- einverstanden     nicht einverstanden     kann sich dazu nicht äußern

<b>Dringlichkeit</b>	<b>Besteht besondere Dringlichkeit?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<b>wenn ja, warum</b>
_____	
_____	
_____	

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift