

# Fragebogen zur Einrichtung einer Betreuung

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

Stand: März 2025



LANDKREIS  
GÖPPINGEN

Amtsgericht \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1. Anregung von

Name, Vorname / Organisation	
Stellung zur betroffenen Person (z.B. Kind, Ehepartner, Nachbar)	
Adresse	
Telefon (Festnetz/Mobil)	E-Mail

## 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  Angehörige  
 Sozialstation (Pflegedienst)  Soziale Dienste /Fachdienste  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!)  ja  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