

Absender: Freitagstraße 12
7422 Schweinfurt

Telefon-Nr.: 01

Aktenzeichen

An das
Amtsgericht
Frankfurt am Main
Gerichtsstraße 2
60313 Frankfurt am Main



Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Anregung zur Einrichtung einer Betreuung

für Frau/Herrn

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsort, Geburtsdatum

Mariam Dessaive
Im Niederfeld 8
60437 Frankfurt am Main

mit dem Aufgabenkreis

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sorge für die Gesundheit | <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> Altersversorgung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten | <input type="checkbox"/> |

Die/Der Betroffene ist nicht in der Lage, insoweit für sich selbst zu sorgen, weil sie nicht mehr in der Lage ist, einen freien Willen zu bilden. Sie fühlt sich von einer kriminellen Vereinigung verfolgt, welche Infrasschall- und Mikrowellenwaffen gegen sie einsetzen. Insbesondere ihre jeweiligen Wohnungen werden von dieser Vereinigung angegriffen. In den vergangenen Jahren erfolgten deswegen zahlreiche Umzüge auf der Flucht vor dieser Vereinigung.

- Eile ist geboten, weil die dringende Gefahr besteht, dass sie obdachlos wird. Nachbarn in der Wohnanlage rufen derzeit jede Nacht die Polizei, da Fr. Dessaive versucht mittels großem Lärm die Angreifer zu vertreiben. Sie ist mittlerweile stark abgemagert und scheint nicht mehr ausreichend zu essen. Es wird ein Antrag auf Diagnostik gestellt, weil ihr Verhalten psychotisch erscheint und die Krankheit weiter chronifiziert wird je länger man wartet.

Ein ärztliches Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 18 SGB XI

- liegt vor. Es datiert vom _____ liegt nicht vor.

Die/Der Betroffene hat zur Verwendung dieses Gutachtens im Betreuungsverfahren vor dem Betreuungsgericht

- ihre/seine Zustimmung erteilt bzw. kann ihre/seine Zustimmung erteilen.
- Diese wird anliegend überreicht. Diese wird nachgereicht.
- ihre/seine Zustimmung verweigert.
- sich nicht geäußert.

Ein ärztliches Attest

wird anliegend überreicht.

wird nachgereicht.

sollte vom Gericht eingeholt werden.

Hausärztin/Hausarzt ist Frau/Herr

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer

Zu einer Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

hat sich die/der Betroffene zustimmend geäußert. Eine Erklärung hierüber

wird anliegend überreicht. wird nachgereicht.

hat sich die/der Betroffene nicht geäußert.

können keine Angaben gemacht werden.

Die/Der Betroffene hat von dieser Anregung keine Kenntnis.

Kenntnis und hat ihr zugestimmt. nicht zugestimmt.

Zu einer Betreuerbestellung hat die/der Betroffene

ihre/seine Zustimmung erklärt. Diese wird anliegend überreicht. Diese wird nachgereicht.

ihre/seine Zustimmung verweigert.

sich nicht geäußert.

Die/Der Betroffene befindet sich zur Zeit nicht in ihrer/seiner üblichen Umgebung, sondern in

Ort, Einrichtung

bis voraussichtlich _____, Telefon-Nr.: _____

Mit einer Anhörung in ihrer/seiner üblichen Umgebung ist die/der Betroffene

einverstanden. nicht einverstanden.

Die/Der Betroffene kann zur Anhörung beim Gericht und zur Untersuchung durch die/den Sachverständige(n)

erscheinen. nicht erscheinen.

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

Schwerhörigkeit

Sehbehinderung

Demenz

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

Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer

Beziehung zur/zum Betroffenen

<input checked="" type="checkbox"/> Die Einleitung einer Betreuung ist angeregt worden von	
Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer Sorya Lippert mit Familie, Freitagstraße 12, 97422 Schweinfurt Tel.:0172 6730365 09721-24733 09721-54-2100 (Büro)	Beziehung zur/zum Betroffenen Schwester

<input type="checkbox"/> Die/Der Betroffene schlägt vor,	<input checked="" type="checkbox"/> Es wird angeregt,
Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer mich selber? (2. Bürgermeisterin)	Beziehung zur/zum Betroffenen Schwester

zur/zum Betreuer(in) zu bestellen.

Diese(r) ist damit einverstanden. nicht einverstanden.

Für die Auswahl der Betreuerin/des Betreuers erscheint Folgendes wichtig:
 Mariam Dessaive hat den Kontakt zur gesamten Familie abgebrochen, da sie sich auch von ihrer Familie bedroht fühlt. Mariam Dessaive ist ausgesprochen clever und hat sich intensiv mit dem Thema Infraschall- und Mikrowellenwaffen beschäftigt. (Nachzulesen auch auf ihrem Blog www.kolonialwaren-ffm.de). Sie scheint wegen des Themas bereits vor mehreren Gerichten zu klagen und hat bereits mehrere Politiker, u.a. auch Hr. Bouffier, diesbezüglich angeschrieben.

Bis zum Ausbruch des Erbkrankung war meine Schwester eng mit meiner familie verbunden.

Folgende Personen gehören zu den nächsten Angehörigen und Bekannten:

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer Sorya Lippert, Freitagstraße 12, 97422 Schweinfurt	Beziehung zur/zum Betroffenen Schwester
---	--

<input type="checkbox"/> Um die/den Betroffene(n) kümmert sich:	
Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer	Beziehung zur/zum Betroffenen

Soweit bekannt, besteht/bestehen

- a) folgende Betreuungsverfügung(en): _____
- b) folgende Altersvorsorgevollmacht(en): _____
- c) folgende sonstige Vollmacht(en): _____

Schweinfurt, dem 17. März 2022
 Unterschrift

S.L. Lippert