

Abs der Sonya Lippert  
57422 Schweinfurt

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen

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

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ausfüllen

2. 1. 2022

## 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

☒ Sorge für die Gesundheit

☐ Vermögensangelegenheiten

☒ Aufenthaltsbestimmung

☐ Altersversorgung

☒ Wohnungsangelegenheiten

☐ \_\_\_\_\_

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

2

|                                                                                                                |  |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Die Einleitung einer Betreuung ist angeregt worden von                     |  | Beziehung zur/zum Betroffenen |
| Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer<br>Sorya Lippert mit Familie, 97422 Schweinfurt Tel.: |  | Schwester                     |

|                                                                                                 |                                            |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Die/Der Betroffene schlägt vor,                                        | <input type="checkbox"/> Es wird angeregt, | Beziehung zur/zum Betroffenen |
| Vorname, Name oder Einrichtung, Anschrift, Telefonnummer<br>S. Lippert (S. Lippert mit Familie) |                                            | 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](http://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 maria Schwester eng mit meiner familie verbunden.**

Folgende Personen gehören zu den nächsten Angehörigen und Bekannten:

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

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

Soweit bekannt, besteht/bestehen

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

**Schweinfurt, den 17. März 2022**

Unterschrift

**S. Lippert**