

Name des Betreuers

Ort und Tag

Anschrift und Telefon

**An das
Amtsgericht**

Name der Betreuten

Geschäfts-Nr. des Amtsgerichts

**Zutreffendes bitte ankreuzen X bzw. ausfüllen
Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte gesondertes
Blatt nutzen.**

Bericht für die Zeit vom _____ bis _____

1.

Anschrift d. Betreuten (ggf. auch Einrichtung/Station/Wohngruppe)

2.

Nur auszufüllen bei dauerhaftem Aufenthalt in einem Heim oder einer entsprechenden Einrichtung

a) Angaben zur Kostentragung

- () Selbstzahler (bitte Kopie der letzten Abrechnung der Einrichtung beifügen)
() Kostenträger (bitte letzten Kostenübernahmebescheid in Kopie beifügen)

b) Handelt es sich um eine Unterbringungsform, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist? (eventuell bei Heimleitung nachfragen)

- () nein () ja

c) Werden bei einer Unterbringung **ohne** Freiheitsentziehung regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum freiheitsentziehende Maßnahmen durchgeführt? (z. B. Leibgurt, Bettgitter, ungewöhnlich komplizierte Schließmechanismen oder gezielte Eingabe von Medikamenten oder gezielte Eingabe von Medikamenten, um den Betreuten am Verlassen der Einrichtung zu hindern usw.)

- () nein () ja, und zwar

Hinweis zu Ziffer 2 a) und b): Falls ja, bedarf die Betreuerin/der Betreuer der Genehmigung des Betreuungsgerichts, die sofort zu beantragen ist. Die Genehmigung ist nur dann nicht erforderlich, wenn die Unterbringungsmaßnahme auf einer ärztlich anerkannten Freiwilligkeitserklärung d. Betreuten beruht.

3.

a) Behandelnder Nervenarzt oder, falls nicht vorhanden, Hausarzt d. Betreuten

b)

Im Berichtszeitraum hat sich der Gesundheitszustand d. Betreuten

() nicht verändert

() verbessert

() verschlechtert

Die Veränderung stellt sich wie folgt dar:

4.

D. Betreute

() versorgt sich selbst () erhält Unterstützung bei der Versorgung durch:

5.

D. Betreute hat folgende Einkünfte:

Rente: _____ EUR, auszahlende Stelle: _____

Bürgergeld: _____ EUR, auszahlende Stelle: _____

Arbeitslosengeld: _____ EUR, auszahlende Stelle: _____

Kindergeld: _____ EUR, auszahlende Stelle: _____

Grundsicherungsleistung: _____ EUR, auszahlende Stelle: _____

WfbM-Lohn: _____ EUR, auszahlende Stelle: _____

Sonst. Leistungen/Einkünfte

_____ EUR, auszahlende Stelle: _____

Arbeitsentgelt: _____ EUR, Arbeitgeber: _____

Die Einnahmen werden gezahlt auf:

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Kontostand am: _____ EUR

Das Konto wird verwaltet

() durch d. Betreute-n selbst (bitte entsprechende Erklärung d. Betreuten vorlegen)

() durch mich

() durch _____

6.

Die Einnahmen werden verwendet für (z. B. Miete, Strom, Heizung, Lebenserhaltungskosten)

7.

Wurde für d. Betreute-n Pflegegeld gezahlt?

() nein () ja, Pflegegrad: _____

8.

D. Betreute erhält zur freien Verfügung einen Betrag in Höhe von monatlich/wöchentlich _____ EUR.

Dieser Betrag wird dem Betreuten

() direkt bar gezahlt

() _____

() überwiesen auf:

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Bei Führung sog. Bewohnergeldkonten in Pflegeeinrichtungen:

Bestand des Barbetragskontos am: _____ EUR

Die ordnungsgemäße Auszahlung des Barbetrages an d. Betreute-n überwache ich durch:

9.

Der Betreute besitzt folgende weitere Konten, Vermögen usw.

a)

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

Guthaben in EUR _____ am _____

b)

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

Guthaben in EUR _____ am _____

() Sonstiges Vermögen _____ EUR

() siehe Anlage

() Sonstiges Vermögen ist nicht vorhanden.

10.

Im Berichtszeitraum hat d. Betreute folgende Sachen (Gegenstände, Grundstücke) und Rechte (z. B. Forderungen) erworben oder geerbt:

11.

Im Berichtszeitraum habe ich als gesetzlicher Vertreter folgende Rechtshandlungen vorgenommen

a) Einwilligung in eine Untersuchung, Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff

b) Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum, Aufgabe von selbstgenutztem Wohnraum

c) Sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Grundstücksgeschäfte, Erbausschlagungen, Erbauseinandersetzungsverträge, Aufnahme von Darlehen usw.)

d) Sonstige Rechtshandlungen:

12.

Sonst habe ich zu berichten

(Lebensgestaltung, Gesundheitszustand, besondere Vorkommnisse oder Schwierigkeiten):

Die nachstehenden Punkte 13 bis 18 sind verpflichtend immer zu beantworten!
--

13.

Art, Umfang und Anlass der persönlichen Kontakte sowie persönlicher Eindruck von d. Betreuten

14.

Umsetzung der bisherigen Betreuungsziele und Darstellung der bereits durchgeführten und beabsichtigten Maßnahmen, insbesondere solcher gegen den Willen d. Betreuten (Sollten bislang keine Betreuungsziele formuliert worden sein, können hier auch neue Ziele und deren – geplanten- Umsetzung genannt werden)

15.

Angaben zur Erforderlichkeit der Betreuung und des Einwilligungsvorbehalts (soweit angeordnet) insbesondere auch hinsichtlich ihres Umfangs

Ich halte es für notwendig, die Betreuung

() weiterhin im bestehenden Umfang aufrecht zu erhalten,

() insgesamt aufzuheben,

() um d. Aufgabenbereich/e _____ einzuschränken,

() um d. Aufgabenbereich/e _____ zu erweitern, weil

(bitte unbedingt Begründung angeben!)

16.

(nur bei von beruflichen Betreuern geführten Betreuungen)

Die Betreuung kann zukünftig ehrenamtlich geführt werden:

() nein () ja () aber d. Betreute wünscht keinen Wechsel

17.

Welche Sichtweise hat d. Betreute zu den Punkten 13. – 16.?

18.

() Ich habe den Bericht mit d. Betreuten besprochen am _____

() Ich habe den Bericht **nicht** mit d. Betreuten besprochen, weil

() hiervon erhebliche Nachteile für die Gesundheit zu besorgen waren

() d. Betreute offensichtlich nicht in der Lage ist, den Inhalt zur Kenntnis zu nehmen

() (sonstige Gründe) _____

.....

(Unterschrift)