

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name d. Betreuer/in

\_\_\_\_\_  
Str., Haus-Nr., PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Tel.Nr./Telefax-Nr.

**Bericht über die Führung der  
Betreuung**

Amtsgericht München  
Abteilung für Betreuungssachen  
Linprunstraße 22  
80097 München

Verfügung:

1. Bewerten [ ] ohne Kosten

[ ]

2.

3. WV m.E. sp. [ ] BB [ ]

Rechtspfleger/in

Az: \_\_\_\_\_

Betreuung für \_\_\_\_\_

**A) Angaben über die persönlichen Verhältnisse:**

1. Ständiger Aufenthalt des Betroffenen:

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Heimunterbringung  ja  nein

Geschlossene Abteilung  ja  nein

2. Wer versorgt den Betroffenen?

versorgt sich selbst

ambulante Pflegedienste

ich, d. Betreuer/in

Personal des Heims / der Einrichtung

\_\_\_\_\_

3. Wie ist Ihr persönlicher Eindruck von dem Betroffenen?

\_\_\_\_\_  
Der Zustand des Betroffenen hat sich

gebessert

nicht verändert

verschlechtert

4. Die Betreuung

ist weiter erforderlich.

kann aufgehoben werden.

Die Aufgabenbereiche sollten geändert werden.

Begründung:

\_\_\_\_\_  
5. Wann haben Sie den Betroffenen zuletzt persönlich gesehen? \_\_\_\_\_

In welchen zeitlichen Abständen sehen bzw. besuchen Sie den Betroffenen?

monatlich

wöchentlich

täglich

gemeinsamer Hausstand

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Wie gestalten sich Ihre Kontakte? In welchem Umfang konnten Sie mit dem Betroffenen dessen Angelegenheiten besprechen?

\_\_\_\_\_

**B) Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse:**

6. Aktueller Stand des Vermögens: (Bitte Nachweise beifügen)

Grundbesitz: \_\_\_\_\_  
Gemarkung \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Wert: \_\_\_\_\_ €

**- FÜR EINE GRÖßERE AUFSTELLUNG VERWENDEN SIE BITTE EIN GESONDERTES BLATT.-**

Kontoart	KontoNr./IBAN	Bankname	
<input type="checkbox"/> Girokonto	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Sparkonto	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Verwahrgeldkonto im Heim / betreuten Wohnen / Wohngruppe	_____	_____	€

Die Verwendung des Verwahrgeldes kontrolliere ich

durch regelmäßige Einsicht in die Verwendungsnachweise der Einrichtung

durch Vorlage von Kopien der Verwendungsnachweise der Einrichtung

Das Verwahrgeld wird bestimmungsgemäß verwendet.

**Summe:** \_\_\_\_\_ €

Schulden \_\_\_\_\_ €

**- FÜR EINE GRÖßERE AUFSTELLUNG VERWENDEN SIE BITTE EIN GESONDERTES BLATT.-**

7. **Einkünfte** (Bitte aktuelle Kontoauszüge beifügen)

Auszahlende Stelle: Betrag/EUR, mtl.:

<input type="checkbox"/> Rente(n)/Pension	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Krankengeld	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Miete/Pacht	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Sozialleistungen	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Pflegegeld Grad	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Kindergeld, Landespflegegeld)	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> Monatlicher Barbetrag vom Kostenträger:	_____	_____	€
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	€

An wen werden die Einkünfte ausgezahlt?

Auf ein Konto des Betroffenen.

\_\_\_\_\_

Die Rente ist auf den Kostenträger ( \_\_\_\_\_ ) übergeleitet.

8. Die Heim-/Unterbringungs-/Mietkosten betragen \_\_\_\_\_ €/Monat.  
Sie werden getragen durch \_\_\_\_\_

9. Im Berichtszeitraum hat der Betroffene folgende Sachen (auch Immobilien) und Rechte (z. B. Forderungen, Wohnungsrecht) erworben oder geerbt (bei Erbschaft bitte Kopie des Nachlassverzeichnisses und des Erbnachweises beifügen):

keine

\_\_\_\_\_

10. Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen:

Aufgabe von selbst genutztem Wohnraum des Betroffenen (z. B. Kündigung)

Sonstige genehmigungspflichtige oder anzeigepflichtige Rechtsgeschäfte (z. B.

Darlehensaufnahme, Kapitalanlagen, Schenkungen) - wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

**C) Angaben über Ihre Tätigkeit:**

11. Gibt es Ziele für die Betreuung (z.B. Förderung der Selbständigkeit)?

---

Welche Maßnahmen haben Sie zur Umsetzung dieser Ziele ergriffen und geplant?

---

Mussten Sie auch gegen den Willen des Betroffenen handeln?

---

12. Was haben Sie sonst noch zu berichten?

---

13. Wurde dieser Bericht mit dem Betroffenen besprochen?

Ja, am \_\_\_\_\_

Was ist die Sichtweise des Betroffenen zu  
- den persönlichen Kontakten mit Ihnen?

---

- den Betreuungszielen und den von Ihnen getroffenen Maßnahmen?

---

- Hält der Betroffene die Betreuung weiterhin für erforderlich?

---

Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!

**Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.**

Der Antrag auf Aufwandspauschale wird aufrecht erhalten bzw. gestellt.

Die Kontodaten sind unverändert.

Aktuelle Kontodaten:

IBAN \_\_\_\_\_  
bei der \_\_\_\_\_ (BIC: \_\_\_\_\_).

Auf die weitere Geltendmachung der Aufwandspauschale wird verzichtet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift