
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 (bitte immer angeben): _____ XVII _____

Betreute Person: _____

A) Angaben über die persönlichen Verhältnisse (Nr. 1 - 7, 14):

1.	Ständiger Aufenthalt des Betroffenen: _____ Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort Heimunterbringung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Geschlossene Abteilung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Wer versorgt den Betroffenen? <input type="checkbox"/> versorgt sich selbst <input type="checkbox"/> ambulante Pflegedienste <input type="checkbox"/> ich, d. Betreuer/in <input type="checkbox"/> Personal des Heims / der Einrichtung <input type="checkbox"/>
3.	Wie war die gesundheitliche Entwicklung seit dem letzten Bericht? Der Zustand des Betroffenen hat sich <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> nicht verändert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> Gründe: _____ Hausarzt: _____ Name, Anschrift, Tel. Weiterer Arzt: _____
4.	Welche Änderungen im Umfang Ihres Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Folgende: _____ _____ (Bitte begründen!)
5.	Die Betreuung <input type="checkbox"/> ist weiter erforderlich. <input type="checkbox"/> kann aufgehoben werden, da der Betroffene die Angelegenheiten wieder selbst regeln kann.
6.	Wann haben Sie den Betroffenen zuletzt persönlich gesehen? _____ In welchen zeitlichen Abständen sehen bzw. besuchen Sie den Betroffenen? <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> gemeinsamer Hausstand <input type="checkbox"/>
7.	Sofern die Vermögensverwaltung nicht zu Ihrem Aufgabenkreis gehört: Der Stand des Vermögens beträgt ca. _____ €.

B) Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse (Nr. 8 - 14):

8.	<p>Stand des Vermögens zum 31.12. des Vorjahres: (Bitte Nachweise beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Grundbesitz: _____ Gemarkung _____ Bl. _____ Wert: _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Girokonto Nr. _____ bei _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Sparkonto Nr. _____ bei _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Konto Nr. _____ bei _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Konto Nr. _____ bei _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> _____ €</p> <p>Summe: _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Schulden _____ €</p>
- Für eine größere Aufstellung verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. -	
9.	<p>Einkünfte (Bitte Nachweise beifügen) Auszahlende Stelle: Betrag/EUR, mtl.:</p> <p><input type="checkbox"/> Rente(n)/Pension _____</p> <p><input type="checkbox"/> Krankengeld _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt _____</p> <p><input type="checkbox"/> Miete/Pacht _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sozialhilfe _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegeld Stufe _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>An wen werden die Einkünfte ausgezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> Auf ein Konto des Betroffenen.</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Die Rente ist auf den Kostenträger (_____) übergeleitet.</p>
10.	<p>Die Heim-/Unterbringungskosten werden getragen durch (Kostenträger und Geschäftszeichen):</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Daneben erhält der Betroffene ein mtl. Taschengeld in Höhe von _____ €, das <input type="checkbox"/> auf ein Konto des Betroffenen <input type="checkbox"/> an die Einrichtung gezahlt wird. Das Taschengeldkonto hatte am _____ einen Stand von _____ €.</p> <p>Die Verwendung des Taschengeldes kontrolliere ich</p> <p><input type="checkbox"/> durch regelmäßige Einsicht in die Verwendungsnachweise der Einrichtung.</p> <p><input type="checkbox"/> durch Vorlage von Kopien der Verwendungsnachweise der Einrichtung.</p> <p>Das Taschengeld wird bestimmungsgemäß verwendet. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
11.	<p>Die monatlichen Einkünfte werden verwendet für</p> <p><input type="checkbox"/> Bestreitung des Lebensunterhalts (falls keine Heimunterbringung).</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
12.	<p>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):</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> _____</p>
13.	<p>Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen:</p> <p><input type="checkbox"/> Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Darlehensaufnahme, Kapitalanlagen)</p>
14.	<p>Was haben Sie sonst noch zu berichten?</p>

Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift