



**B. Wer versorgt die betreute Person?**

**Behandelnder Arzt/Fach-Ärzte:**

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Schwerwiegende Krankheiten:**  siehe Gutachten bei Gericht  
D. Betreute leidet an folgenden Krankheiten und Behinderungen:

\_\_\_\_\_

**Medikamente:**

- D. Betreute nimmt regelmäßig Medikamente (s. Medikamentenplan)
- D. Betreute nimmt keine Medikamente;
- D. Betreute nimmt auch genehmigungspflichtige Medikamente - richterliche Genehmigung ist erteilt.

**Behandlungen/Pflege:**

Wer versorgt die betreute Person?

ich, d. Betreuer/in,  Pflegekräfte im Heim oder: \_\_\_\_\_

Art der Versorgung (falls Eigenheim, Mietwohnung, Betreutes Wohnen, Wohngruppe):

- D. Betreute versorgt sich ohne fremde Hilfe
- Erforderliche Hilfe wird von Angehörigen geleistet
- Hilfe durch Mitbewohner
- Hilfe durch bezahlte kommerzielle Kräfte: \_\_\_\_\_
- Ambulante soziale Pflegedienste werden in Anspruch genommen:

\_\_\_\_\_

**Fähigkeiten der Betreuten/ Ressourcen:**

Für folgende Verrichtungen wird hauptsächlich fremde Hilfe benötigt:

- Reinigungsarbeiten  Einkauf
- Versorgung (z. B. Hygiene, Wäsche, Ankleiden, Essenszubereitung)
- Nahrungsaufnahme  Medikamentengabe / - Vorbereitung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Beeinträchtigungen/Schwierigkeiten:**

Wie war die gesundheitliche Entwicklung seit Anordnung der vorl. Betreuung?

Der Zustand hat sich

gebessert  nicht verändert  verschlechtert

**Körperlicher Zustand d. Betreuten:**

- altersgemäß  hinfällig
- selbstständig gehfähig  gehfähig mit Hilfe
- nicht gehfähig  ständig bettlägrig
- Lese- und / oder Schreibschwäche  blind
- Maßnahmen erforderlich: \_\_\_\_\_

**Geistiger Zustand d. Betreuten:**

- allseits voll orientiert, kann eigene Entscheidungen treffen
- ansprechbar und teil- und/oder zeitweise orientiert
- ansprechbar aber nicht orientiert
- nicht ansprechbar

Pflegegrad:  festgestellter Pflegegrad \_\_\_\_ oder  Pflegegrad wurde beantragt

Landespflegegeld:  ist bereits bewilligt oder  wurde beantragt

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### C. Soziale Situation

#### Kontakte zu der betreuten Person:

Wann haben Sie diese zuletzt persönlich gesehen? \_\_\_\_\_

In welchen zeitlichen Abständen sehen bzw. besuchen Sie diese? \_\_\_\_\_

Kann d. Betreute von sich aus den Kontakt zum Betreuer/zu Betreuerin aufnehmen?

[ ] ja [ ] nein, weil \_\_\_\_\_

#### Familienangehörige (Name und Anschrift soweit bekannt):

_____	Kontakt: O ja	O nein
_____	Kontakt: O ja	O nein
_____	Kontakt: O ja	O nein

Weitere soziale Kontakte und wichtige Bezugspersonen d. Betreuten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### D. aktuelle Lebenslage/Arbeitssituation

#### Betreute Person beschäftigt sich mit:

O Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_  
(Arbeitgeber, Vollzeit, Teilzeit, tageweise)

O Teilnahme an Gemeinschaftsveranstaltungen O Hobbies: \_\_\_\_\_

O Lesen O Fernsehen und Radio O Gespräche O Basteln O Gartenarbeit

O Sonstiges im Rahmen der alters- bzw. gesundheitsbedingten Möglichkeiten:

\_\_\_\_\_

O eine sinnvolle Beschäftigung ist aufgrund der Erkrankung nicht - mehr - möglich.

#### 2. Soweit ein freier Wille (noch) gebildet werden kann:

#### Ziele der Betreuung und Maßnahmen // gleichzeitig Wünsche d. Betreuten

Folgende Ziele sollen durch die Betreuung erreicht werden:

Hat d. Betreute persönliche Wünsche geäußert? - [ ] nein

[ ] wie im Bericht der Betreuungsbehörde wiedergegeben;

[ ] Betreuung nur übergangsweise, bis wieder Selbständigkeit im Aufgabenkreis erreicht ist;

[ ] dauerhafte Organisation der [ ] persönlichen [ ] ärztlichen und [ ] wirtschaftlichen Versorgung

[ ] Erhalt der noch vorhandenen Fähigkeiten und Gestaltung des Lebensabends im eigenen Zuhause

[ ] Erhalt der noch vorhandenen Fähigkeiten und Gestaltung des Lebensabends im Heim

[ ] \_\_\_\_\_

#### Folgende Maßnahmen konnten bereits eingeleitet werden:

[ ] Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum

[ ] Antrag Sozialleistungen

[ ] Pflegegradeinstufung [ ] Landespflegegeld [ ] Heimaufnahme initiiert [ ] ambulante Pflege initiiert

[ ] Entrümpelung organisiert

[ ] Sonstiges:

#### Folgende Maßnahmen sind demnächst erforderlich:

--

**Was haben Sie sonst noch zu berichten:**

### **3. Sonstige Angaben**

Falls die Vermögenssorge **nicht** zu Ihren Aufgaben gehört:

Vermögensstand (ohne eigenbewohntes Haus / Eigentumswohnung):

unter 10.000 €       zwischen 10.000 € und 25.000 €       über 25.000 € und zwar  
ca. \_\_\_\_\_ EUR

#### **Die Betreuung**

ist weiterhin erforderlich       kann aufgehoben werden: siehe beiliegendes ärztl. Attest

**Welche Änderungen im Umfang Ihres Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich?**

keine  Folgende \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift