

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: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	Kontakt: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____	Kontakt: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Weitere soziale Kontakte und wichtige Bezugspersonen d. Betreuten:

D. aktuelle Lebenslage/Arbeitssituation

Betreute Person beschäftigt sich mit:

Berufstätigkeit: _____
(Arbeitgeber, Vollzeit, Teilzeit, tageweise)

Teilnahme an Gemeinschaftsveranstaltungen Hobbies: _____

Lesen Fernsehen und Radio Gespräche Basteln Gartenarbeit

Sonstiges im Rahmen der alters- bzw. gesundheitsbedingten Möglichkeiten:

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? - ja 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