

Geschäftsnummer: XVII _____

Amtsgericht Deggendorf - Betreuungsabteilung

Rechnungslegung über die Verwaltung des Vermögens

für den Zeitraum vom _____ bis _____

Der Vermögensstand setzt sich wie folgt zusammen:

	Anfangsbestand	Endbestand
Grundbesitz:	EUR	EUR
Konten IBAN: _____ BIC: _____	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
Zwischensumme	EUR	EUR
Verbindlichkeiten:	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR
Bestand am Anfang des Abrechnungszeitr.		
Mehreinnahmen/-ausgaben im Abrechn.zeitr.	+/- EUR	
Bestand am Ende des Abrechnungszeitraumes		EUR =====

Angaben über die persönlichen Verhältnisse:

1.	Ständiger Aufenthalt _____ Straße PLZ Ort Heimunterbringung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein geschlossene Abteilung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Wer versorgt d. Betreute/n <input type="checkbox"/> versorgt sich selbst <input type="checkbox"/> Personal d. Alten-/Pflegeheimes/Einrichtung <input type="checkbox"/> ich, <input type="checkbox"/> ambulante Pflegedienste <input type="checkbox"/>
3.	Wie war die gesundheitliche Entwicklung seit dem letzten Bericht? Der Zustand hat sich <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> nicht verändert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> weil _____ Hausarzt: _____ Tel.: _____ _____ Ort _____ Straße PLZ _____
4.	Welche Änderungen im Umfang Ihres Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende: (z. B. Erweiterung d. Aufgabenkreises): _____ <u>Sofern ein Einwilligungsvorbehalt besteht:</u> <input type="checkbox"/> ist weiter erforderlich. <input type="checkbox"/> kann aufgehoben werden, da d. Betreute die Angelegenheiten wieder selbst regeln kann.
5.	Die Betreuung <input type="checkbox"/> ist weiter erforderlich. <input type="checkbox"/> kann aufgehoben werden, da d. Betreute die Angelegenheiten wieder selbst regeln kann. <input type="checkbox"/> (nur wenn Berufsbetreuung besteht): kann zukünftig ehrenamtlich geführt werden
6.	Wann haben Sie d. Betreute/n zuletzt persönlich gesehen? _____ In welchen zeitlichen Abständen sehen/besuchen Sie <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> täglich (gemeinsamer Hausstand)
7.	Folgende Tätigkeiten/Rechtshandlungen habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen: <input type="checkbox"/> Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum <input type="checkbox"/> sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Grundstücksgeschäfte Erbausschlagung, Darlehensaufnahme etc.)
8.	Hat im Berichtszeitraum Sachen oder Rechte erhalten, erworben oder geerbt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende

1. Gibt es Ziele für die Betreuung (z.B. Förderung der Selbständigkeit)?
[] Erhalt der restlichen Lebensqualität im Rahmen der gesundheitlichen Einschränkungen
[] nein
[] ja:

Mussten Sie auch gegen den Willen d. Betreuten handeln?

[] nein [] ja:

1. Nur soweit d. Betreute in der Lage ist, sich einen eigenen Willen zur Sache zu bilden:

[] D. Betreute ist aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage sich hierzu zu adäquat zu äußern.

Wurde dieser Bericht **und** die Rechnungslegung mit d. Betreuten besprochen?

[] Ja [] Nein, weil _____

Was ist die Sichtweise d. Betreuten zu
- den persönlichen Kontakten mit Ihnen?

- den Betreuungszielen und den von Ihnen getroffenen Maßnahmen?

- Hält d. Betreute die Betreuung weiterhin für erforderlich?

[] nein [] ja:

Die Richtigkeit und Vollständigkeit wird versichert.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift