

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

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

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

**Bericht über die Führung der  
Betreuung**

Für den Zeitraum

vom

bis

Amtsgericht Freyung  
Betreuungsabteilung  
Bahnhofstraße 15  
94078 Freyung

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

Betreuung für \_\_\_\_\_

Vorname, Name, Geburtsdatum d. Betroffenen

**A) Angaben über die persönlichen Verhältnisse (Nr. 1–8; 15):**

1. Ständiger Aufenthalt des Betreuten:

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

Heimunterbringung  Ja  Nein

Geschlossene Abteilung  Ja  Nein

2. Wer versorgt die/den Betreute/n?

versorgt sich selbst

ambulante Pflegedienste

ich, d. Betreuer/in

Personal des Heims / der Einrichtung

\_\_\_\_\_

3. Wie war die gesundheitliche Entwicklung seit dem letzten Bericht?

gebessert

nicht verändert

verschlechtert

Gründe: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Tel.

Weiterer Arzt: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Tel.

4. Soweit sich d. Betreute dauerhaft in einem Pflegeheim, einer Wohngemeinschaft oder einer Einrichtung aufhält, bitte Medikationsaufstellung beifügen.

persönlicher Medikationsplan gemäß § 31a SGB V ist in Kopie beigefügt

Andere Medikationsaufstellung ist beigefügt

Es konnte keine Medikationsaufstellung beigefügt werden, weil: \_\_\_\_\_

Der Medikationsplan wird daher **binnen drei Wochen** nachgereicht.

5. Erfolgen unterbringungsähnliche, freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. durch Bettgitter, Fixierungen, Bauchgurte) oder werden Medikamente mit dem ausdrücklichen Ziel verabreicht, die Fortbewegungsfreiheit d. Betroffenen einzuschränken?

- Nein
- Ja, dies wurde bereits durch Beschluss vom \_\_\_\_\_ richterlich genehmigt.
- Ja, ein Genehmigungsantrag mit ärztlichem Attest, aus dem sich die Diagnose der Erkrankung, die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Maßnahme ergibt, ist beigefügt.

6. Welche Änderungen im Umfang Ihres Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich?

- Keine
- Folgende:

---

---

---

(Bitte begründen!)

7. Die Betreuung

- ist weiter erforderlich
- Kann aufgehoben werden, da d. Betreute die Angelegenheiten wieder selbst regeln kann

8. Wann haben Sie die/den Betreute/n zuletzt persönlich gesehen?

- monatlich
- wöchentlich
- täglich
- gemeinsamer Hausstand
- \_\_\_\_\_

**B) Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse (Nr. 9–14)**

**9. Stand des Vermögens zum 31.12. des Vorjahres**

**Bitte Nachweise beifügen** – Kopien sind ausreichend

		Wert in €
Grundbesitz:		
Gemarkung:	Blatt:	
Kontotyp	KontoNr/IBAN	Bankname
Girokonto		
Sparkonto		
Taschengeldkonto (Heim)		
Depot		
Schulden		

**SUMME:**

– Für eine größere Aufstellung verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt –

**10. Einkünfte**

**Bitte Nachweise beifügen** – Kopien sind ausreichend

	Auszahlende Stelle	Betrag monatlich
Rente(n)/Pension		
Krankengeld		
Lohn/Gehalt		
Miet-/Pachteinnahmen		
Sozialhilfe		
Pflegegeld, Grad		

An wen werden die Einkünfte ausgezahlt?

Auf ein Konto d. Betreuten

\_\_\_\_\_

Die Rente ist übergeleitet auf den Kostenträger: \_\_\_\_\_

11. Die Heim-/ Unterbringungskosten werden getragen durch (Kostenträger und Geschäftszeichen:)

---

Daneben erhält d. Betreute ein monatliches Taschengeld in Höhe von \_\_\_\_\_ €, das

- auf ein Konto d. Betreuten eingezahlt wird
- an die Einrichtung gezahlt wird

Die Verwendung des Taschengelds kontrolliere ich

- durch regelmäßige Einsichtnahme in die Verwendungsnachweise der Einrichtung
- durch Vorlage von Kopien der Verwendungsnachweise der Einrichtung

12. Die monatlichen Einkünfte werden verwendet für

- die Bestreitung des Lebensunterhalts (falls keine Heimunterbringung)
- \_\_\_\_\_

13. Im Berichtszeitraum hat d. Betreute folgende Sachen (auch Immobilien!) und Rechte (z. B. Forderungen, Wohnrecht) erworben oder geerbt (bitte **Nachweise** beifügen – Kopie genügt)

- keine
  - \_\_\_\_\_
- 

14. Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen:

- Kündigung oder Aufhebung eines Mietvertrages über Wohnraum
  - sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Darlehensaufnahme, Kapitalanlage etc) – wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- 

15. Was haben Sie sonst noch zu berichten?

---

---

---

---

---

---

---

---

– für weitere Mitteilungen verwenden Sie bitte ein Beiblatt –

**Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift