
Vorname, Name d. Betreuer/in

Str., Haus-Nr., PLZ, Ort

Tel.Nr./Telefax-Nr.

**Bericht über die Führung der
Betreuung**

Amtsgericht München
80315 München

Az: _____

Betreuung für _____, geb. am _____
Vorname, Name, Geburtsdatum des Betreuten

A) Angaben über die persönlichen Verhältnisse (Nr. 1 - 8, 15):

1.	Ständiger Aufenthalt des Betreuten: _____ 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 Betreuten? <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 Betreuten 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.	Soweit sich d. Betroffene dauerhaft in einem Pflegeheim, einer Wohngemeinschaft oder einer Einrichtung aufhält, bitte Medikationsaufstellung beifügen. <input type="checkbox"/> Persönlicher Medikationsplan gemäß § 31 a SGB V ist in Kopie beigefügt. <input type="checkbox"/> Andere Medikationsaufstellung ist beigefügt. <input type="checkbox"/> Es konnte keine Medikationsaufstellung beigefügt werden, weil _____ _____ (Medikationsplan wird in 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 der Betreute die Angelegenheiten wieder selbst regeln kann.

8. Wann haben Sie den Betreuten zuletzt persönlich gesehen? _____

In welchen zeitlichen Abständen sehen bzw. besuchen Sie den Betreuten?

monatlich wöchentlich täglich gemeinsamer Hausstand

B) Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse (Nr. 9 - 14):

9. Stand des Vermögens zum 31. Dezember des Vorjahres:
(Bitte Nachweise beifügen - Kopien sind ausreichend)

Grundbesitz: _____

Gemarkung _____ Blatt _____ Wert: _____ €

Kontoart	KontoNr./IBAN	Bankname	
<input type="checkbox"/> Girokonto	_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Sparkonto	_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Depot	_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Taschengeldkonto (z.B. Heim)	_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____ €
Zwischensumme:			_____ €
<input type="checkbox"/> Schulden	_____		_____ €
Summe:			_____ €

- Für eine größere Aufstellung verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. -

10. **Einkünfte**
(Bitte Nachweise beifügen - Kopien sind ausreichend)

	Auszahlende Stelle:	Betrag (monatlich):
<input type="checkbox"/> Rente(n)/Pension	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Krankengeld	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Miet-/Pachteinnahmen	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Pflegegeld Grad	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____ €

An wen werden die Einkünfte ausgezahlt?

Auf ein Konto des Betreuten.

Die Rente ist auf den Kostenträger (_____) übergeleitet.

11.	Die Heim-/Unterbringungskosten werden getragen durch (Kostenträger und Geschäftszeichen): _____ <input type="checkbox"/> Daneben erhält der Betreute ein mtl. Taschengeld in Höhe von _____ €, das <input type="checkbox"/> auf ein Konto des Betreuten <input type="checkbox"/> an die Einrichtung gezahlt wird. Die Verwendung des Taschengeldes kontrolliere ich <input type="checkbox"/> durch regelmäßige Einsicht in die Verwendungsnachweise der Einrichtung. <input type="checkbox"/> durch Vorlage von Kopien der Verwendungsnachweise der Einrichtung.
12.	Die monatlichen Einkünfte werden verwendet für <input type="checkbox"/> Bestreitung des Lebensunterhalts (falls keine Heimunterbringung). <input type="checkbox"/> _____
13.	Im Berichtszeitraum hat der Betreute folgende Sachen (auch Immobilien) und Rechte (z. B. Forderungen, Wohnungsrecht) erworben oder geerbt (bei Erbschaft bitte Kopie des Nachlassverzeichnisses und des Erbnachweises beifügen): <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> _____
14.	Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen: <input type="checkbox"/> Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum <input type="checkbox"/> Sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Darlehensaufnahme, Kapitalanlagen) - wenn ja, welche: _____
15.	Was haben Sie sonst noch zu berichten?
<p>Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!</p>	

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

Wird vom Gericht ausgefüllt:

Verfügung:

1. Bericht geprüft.

2. Bewerten ohne Kosten. KR _____ erstellt.

3.

4.

5. HL WV m.E./sp. _____

München, den _____

Rechtspfleger/in