
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.

