

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

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

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

**Bericht über die Führung der  
Betreuung**

Amtsgericht  
- Betreuungsgericht -

Verfügung:  
1. Bewerten  ohne Kosten  
  
2.  
3. WV. m.E. sp.  BB   
  
Rechtspfleger/in

AZ:  
Betreuung für

**A) Angaben über die persönlichen Verhältnisse (Nr. 1-7, 14)**

1. Ständiger Aufenthalt d. 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 d. Betreute/n? <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 d. 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. Welche Änderungen im Umfang Ihres Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Folgende:  (bitte begründen)
5. Die Betreuung ist <input type="checkbox"/> weiter erforderlich <input type="checkbox"/> kann aufgehoben werden, da d. Betreute ihre/seine Angelegenheiten wieder selbst regeln kann.
6. Wann haben Sie d. Betreute/n zuletzt persönlich gesehen ? _____ In welchen zeitlichen Abständen sehen/besuchen Sie d. Betreuten? <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> gemeinsamer Hausstand <input type="checkbox"/>
7. <b>Sofern die Vermögensverwaltung <u>nicht</u> zu Ihrem Aufgabenkreis gehört:</b> Der Stand des Vermögens beträgt ca. _____ €

**B) Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse (Nr. 8 – 14)**

8. Aktueller Stand des Vermögens: (Bitte Nachweise beifügen)		
<input type="checkbox"/>	Grundbesitz: _____	
	Gemarkung: _____ Bl. _____ .Wert: _____	€
<input type="checkbox"/>	Girokonto Nr. _____ bei _____	€
<input type="checkbox"/>	Sparkonto Nr. _____ bei _____	€
<input type="checkbox"/>	Konto Nr. _____ bei _____	€
<input type="checkbox"/>	Konto Nr. _____ bei _____	€
<input type="checkbox"/>	_____	€
	<b>Summe:</b> _____	€
<input type="checkbox"/>	Schulden _____	€
- Für eine größere Aufstellung verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. -		
9. <b>Einkünfte:</b> _____ auszahlende Stelle: _____ Betrag/€, mtl.: _____		
<input type="checkbox"/>	Rente(n)/Pensionen _____	€
<input type="checkbox"/>	Krankengeld _____	€
<input type="checkbox"/>	Lohn/Gehalt _____	€
<input type="checkbox"/>	Miete/Pacht _____	€
<input type="checkbox"/>	Sozialhilfe _____	€
<input type="checkbox"/>	Pflegegeld (Stufe _____ ) _____	€
<input type="checkbox"/>	_____	€
	<b>An wen werden die Einkünfte ausgezahlt ?</b> _____	<b>Summe:</b> _____ €
<input type="checkbox"/>	auf ein Konto d. Betreuten _____	
<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/>	die Rente ist auf den Kostenträger ( _____ ) übergeleitet.	
10. Heim-/Unterbringungskosten werden getragen durch (Kostenträger u. Geschäftszeichen angeben):		
_____		
<input type="checkbox"/>	Daneben erhält d. Betreute ein mtl. Taschengeld in Höhe von _____ €	das
<input type="checkbox"/>	auf ein Konto d. Betreuten _____	<input type="checkbox"/> an die Einrichtung _____ gezahlt wird.
	Das Taschengeldkonto hatte am _____ einen Stand von _____ €	
	Die Verwendung des Taschengeldes kontrolliere ich _____ nicht.	
<input type="checkbox"/>	durch regelmäßige Einsicht in d. Verwendungsnachweise der Einrichtung.	
<input type="checkbox"/>	durch Vorlage von Kopien der Verwendungsnachweise der Einrichtung.	
	Das Taschengeld wird bestimmungsgemäß verwendet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
11. Die laufenden mtl. Einnahmen werden verwendet für:		
<input type="checkbox"/>	Bestreitung des Lebensunterhaltes (falls keine Heimunterbringung)	
<input type="checkbox"/>	_____	
12. Im Berichtszeitraum hat d. Betreute folgende Sachen (auch Immobilien) und Rechte (z.B. Forderungen, Wohnungsrecht) erworben oder geerbt (bei Erbschaft bitte Kopie d. Nachlassverzeichnisses und des Erbnachweises beifügen):		
<input type="checkbox"/>	keine _____	
<input type="checkbox"/>	_____	
13. 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)	
14. Was haben Sie sonst noch zu berichten?		

Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!

**Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.**

Ort, Datum

Unterschrift