
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

Az: XVII

Betreuung für _____, geb. am
(Vorname Name)

A) Angaben über die persönlichen Verhältnisse:

1. Ständiger Aufenthalt d. Betroffenen:

Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Heimunterbringung ja nein Geschlossene Abteilung ja nein

2. Wer versorgt d. Betroffene/n?

versorgt sich selbst
ich, d. Betreuer/in

ambulante Pflegedienste
Personal des Heims / der Einrichtung

3. Wie ist Ihr persönlicher Eindruck von d. Betroffenen?

Der Zustand d. Betroffenen hat sich

gebessert nicht verändert verschlechtert

Die Betreuung ist weiter erforderlich. kann aufgehoben werden.

Die Aufgabenbereiche sollten geändert werden. Begründung:

4. Wann haben Sie d. Betroffene/n zuletzt persönlich gesehen? In welchen zeitlichen Abständen sehen bzw. besuchen Sie d. Betroffene/n?

monatlich wöchentlich täglich
gemeinsamer Hausstand

Wie gestalten sich Ihre Kontakte? In welchem Umfang konnten Sie mit d. Betroffenen deren/dessen Angelegenheiten besprechen?

B) Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse :

6. Aktueller Stand des Vermögens: **(Bitte Nachweise beifügen)**

Grundbesitz		Bl.	Wert:
Gemarkung			
Kontoart	KontoNr./IBAN	Bankname	
Girokonto	_____	_____	
Sparkonto	_____	_____	
Verwahrkonto im Heim/betreuten Wohnen/Wohngruppe			

Die Verwendung des Verwahrgeldes kontrolliere ich
durch regelmäßige Einsicht in die Verwendungsnachweise der Einrichtung.
durch Vorlage von Kopien der Verwendungsnachweise der Einrichtung.
Das Verwahrgeld wird bestimmungsgemäß verwendet.

Summe: _____ €

Schulden €

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

7. **Einkünfte** (Bitte aktuelle Kontoauszüge beifügen.)

auszahlende Stelle:

Rente(n)/Pension	_____
Krankengeld	_____
Lohn/Gehalt	_____
Miete/Pacht	_____
Sozialleistungen	_____
Sonstiges (z. B. Kindergeld, Landespflegegeld)	
Monatlicher Barbetrag vom Kostenträger:	

An wen werden die Einkünfte ausgezahlt?
Auf ein Konto d. Betroffenen.

Die Rente ist auf den Kostenträger (_____) übergeleitet.

8. Die Heim-/Unterbringungs -/Mietkosten betragen
_____ €/Monat.

Sie werden getragen durch

9. Im Berichtszeitraum hat d. Betroffene folgende Sachen (auch Immobilien) und Rechte
(z. B. Forderungen, Wohnungsrecht) erworben oder geerbt (bei Erbschaft bitte Kopie
des Nachlassverzeichnisses und des Erbnachweises beifügen):
keine

10. Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen:

Aufgabe von selbst genutztem Wohnraum d. Betroffenen (z. B. Kündigung)
Sonstige genehmigungspflichtige oder anzeigepflichtige Rechtsgeschäfte (z. B.
Darlehensaufnahme, Kapitalanlagen, Schenkungen) - wenn ja, welche

C) Angaben über Ihre Tätigkeit :

- 11. Gibt es Ziele für die Betreuung (z. B. Förderung der Selbständigkeit)?

- 12. Welche Maßnahmen haben Sie zur Umsetzung dieser Ziele ergriffen und geplant?

- 13. Mussten Sie auch gegen den Willen d. Betroffenen handeln?

- 14. Was haben Sie sonst noch zu berichten?

- 15. Wurde dieser Bericht mit d. Betroffenen besprochen?
Ja, am
Nein, weil

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

- den Betreuungszielen und den von Ihnen getroffenen Maßnahmen?

- Hält d. Betroffene die Betreuung weiterhin für erforderlich?

Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Der Antrag auf Aufwandspauschale wird aufrecht erhalten bzw. gestellt.

Die Kontodaten sind unverändert.

Aktuelle Kontodaten:

IBAN (BIC:)
bei der

Auf die weitere Geltendmachung der Aufwandspauschale wird verzichtet.

Ort, Datum

Unterschrift