

Absender: \_\_\_\_\_

, Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

An \_\_\_\_\_  
das Amtsgericht

◀ Aktenzeichen  
bitte stets angeben!

Zutreffendes ist angekreuzt  bzw. ausgefüllt!

**Hinweis:** Bitte das Formular vollständig ausfüllen!  
(*Ausnahme:* Angaben zu Aufgabenkreisen die nicht von der angeordneten  
Betreuung umfasst sind.)

## Bericht

### über die persönlichen Verhältnisse von

Vorname, Name, Geburtsdatum, Anschrift

für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

1. Die/Der Betroffene befindet sich zur Zeit  wie oben angegeben.

Anschrift

Dort wird die/der Betroffene  täglich betreut und versorgt von  
 \_\_\_\_\_ betreut und versorgt von

2. Gesundheitszustand:

Keine Veränderungen  Allgemeine Verschlechterung  
 Konkrete Verschlechterung/Verbesserung: \_\_\_\_\_  
 Bettlägerig seit \_\_\_\_\_  
 Noch ansprechbar  Geistig verwirrt  Körperlich zunehmend gebrechlich

Die/Der Betroffene leidet an folgender Krankheit bzw. folgendem Gebrechen:

Die ärztliche Versorgung erfolgt(e) durch die/den Hausärztin/-arzt Dr. \_\_\_\_\_  
Fachärztin/-arzt Dr. \_\_\_\_\_

Durchgeführt wurden/werden folgende

ärztliche Behandlungen: \_\_\_\_\_  
 Therapien: \_\_\_\_\_  
 Änderungen in der bisherigen Behandlung: \_\_\_\_\_

Die/Der Betroffene wird pflegerisch versorgt von: \_\_\_\_\_

Die/Der Betroffene hat folgenden Pflegegrad: \_\_\_\_\_

3. Besondere Vorkommnisse im Berichtszeitraum:

Aufenthalt im Krankenhaus  
vom - bis \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
wegen \_\_\_\_\_

Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik  
vom - bis \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
wegen \_\_\_\_\_

Änderung im sozialen Umfeld: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

4. Die/Der Betroffene steht in einem  Beschäftigungsverhältnis seit \_\_\_\_\_  
 Arbeitsverhältnis seit \_\_\_\_\_  
 Name und Anschrift der Beschäftigungsstelle oder der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers  
 bei \_\_\_\_\_

5. Einkommens- und Vermögensverhältnisse der/des Betroffenen

a) Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Monatlicher Betrag
Arbeitseinkommen	(Arbeitgeber/in)	€
Rente/Pension <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Erwerbminderungsrente	(Rentenversicherungsträger)	€
Sozialleistungen <input type="checkbox"/> ALG I <input type="checkbox"/> ALG II <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> _____	(Sozialleistungsträger)	€
Pflegeversicherung bei Pflegegrad: _____	(Pflegekasse)	€
Krankengeld	(Krankenkasse)	€
Sonstiges Einkommen (z. B. Mieteinnahmen, Unterhalt, Taschengeld)		€
<b>Summe</b>		€

b) Vermögen

Art des Vermögens	Ort des Vermögens	IBAN BIC (sofern Auslandskonto)	Betrag bzw. Wert
Bargeld	./.	./.	€
Taschengeldkonto	(Heim)	./.	€
Girokonten	(Name und Sitz der Bank/Sparkasse)		€
Sparguthaben	(Name und Sitz der Bank/Sparkasse)		€

Sonstige Geldanlagen (z. B. Aktien, Fonds, Wertpapiere)	(Name und Sitz des Anlageinstituts)		€
Grundvermögen (Haus, Grundstücke)	(Anschrift bzw. Lage des Grundstücks)	./.	€
Anteile an einer Erbengemeinschaft		./.	€
Unternehmensbeteiligung, Beteiligung an Gesellschaften oder Genossenschaften		./.	€
<b>Summe</b>			€

Die/Der Betroffene hat im Berichtszeitraum als Eigentum erworben:

[z. B. bewegliche Sachen, Grundstücke, Rechte (z. B. Forderungen)]

(durch z. B. Kauf, Erbschaft, Schenkung)

**c) Schulden und Verbindlichkeiten und Erläuterungen zu deren Tilgung**

Gläubiger	Gesamthöhe der Verbindlichkeit	Davon bereits gezahlt	Noch offener Betrag zum Stichtag
			€
			€
			€
<b>Summe</b>			€

**d) Verwaltung der Einkünfte, des Vermögens und der Verbindlichkeiten**

Ich als Betreuer/in

- verwalte das Vermögen der/des Betroffenen,  
 teile die Einkünfte ein,  
 begleiche die Verbindlichkeiten.

Die/Der Betroffene

- verwaltet von ihrem/seinem Vermögen selbst  
 Taschengeldkonto                       Girokonto                       Sparbuch  
 ihr/sein gesamtes Vermögen.  
 teilt ihre/seine Einkünfte selbst ein.  
 begleicht ihre/seine Verbindlichkeiten selbst.

e) **Das derzeitige Gesamtvermögen der/des Betroffenen beträgt:** \_\_\_\_\_ €

6. Im Berichtszeitraum habe ich [als gesetzliche(r) Vertreter(in)] folgende Rechtshandlungen für die/den Betroffene(n) vorgenommen:

\_\_\_\_\_

7. Der persönliche Kontakt mit der/dem Betroffenen findet:

- täglich                       täglich aufgrund gemeinsamer Haushaltsführung  
 \_\_\_\_\_ Mal                       wöchentlich                       monatlich                       vierteljährlich  
 in Zeitabständen von \_\_\_\_\_ statt.  
 nicht statt, weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Erläuterungen zur Häufigkeit der Kontaktaufnahme:  
\_\_\_\_\_

Ich habe die/den Betroffene(n) zuletzt persönlich gesehen am \_\_\_\_\_ .

Die Kontaktaufnahme geht aus von:

mir                       der/dem Betroffenen                       beiden                       \_\_\_\_\_

Ich konnte mich dabei vergewissern, dass die/der Betroffene mich

versteht.                       teilweise versteht.                       nicht versteht.

Daneben besteht                       Telefonkontakt                       Briefkontakt                       E-Mail-Kontakt mit

der/dem Betroffenen.

dem Heim/der Anstalt.

dem ambulanten Dienst.

der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.

den Angehörigen der/des Betroffenen.

\_\_\_\_\_

Die/Der Betroffene

kann keine Wünsche äußern.

äußert keine Wünsche.

äußert folgende Wünsche: \_\_\_\_\_

Weitere Erläuterungen: \_\_\_\_\_

#### 8. Betreuung mit dem bisherigen Aufgabenkreis/den bisherigen Aufgabenkreisen

**(Nur von Berufsbetreuern auszufüllen)**

muss meines Erachtens in vollem Umfang bestehen bleiben.

kann meines Erachtens beschränkt werden auf: \_\_\_\_\_

sollte meines Erachtens erweitert werden auf: \_\_\_\_\_

ist nicht mehr notwendig und kann aufgehoben werden.

Ich halte die Übertragung auf eine(n) ehrenamtliche(n) Betreuer(in) derzeit nicht für möglich.

Ich halte die Übertragung auf eine(n) ehrenamtliche(n) Betreuer(in) für möglich.

Als ehrenamtliche(n) Betreuer(in) aus dem familiären bzw. sozialen Umfeld kann ich folgende Person(en) benennen:  
(falls möglich bitte auch Anschrift angeben)

Begründung: \_\_\_\_\_

#### 9. Sonst habe ich noch zu berichten:

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers