

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

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

An  
das Amtsgericht

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_  
Bitte Aktenzeichen der Betreuungssache stets angeben!

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen.

## Bericht

über die persönlichen Verhältnisse von

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
Vorname, Name Geburtsdatum

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Anschrift

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

1. D. Betroffene befindet sich zur Zeit  an der oben angegebenen Anschrift.

Abweichende Anschrift \_\_\_\_\_

Dort wird d. Betroffene  täglich  Andere Häufigkeit \_\_\_\_\_

betreut und versorgt von \_\_\_\_\_  
Vorname, Name

Ist der Aufenthalt/die Unterbringung mit Freiheitsentziehung verbunden?  
(Eine Freiheitsentziehung liegt vor, wenn d. Betroffene die Räume, die Einrichtung etc. nicht verlassen kann obwohl sie/er es möchte)

Nein.

Ja, weil \_\_\_\_\_

2. Aktuelle Lebenssituation einschließlich der Wünsche, Vorstellungen und Zufriedenheit d. Betroffenen  
(Bitte ggf. ein gesondertes Blatt als Anlage verwenden)

a) Beschäftigung, Tagesstruktur, soziale Kontakte, Hilfestrukturen, Freizeitgestaltung, Rehabilitationsmaßnahmen etc.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Gesundheitlicher Zustand:

Keine Veränderungen  Allgemeine Verschlechterung

Konkrete Verschlechterung/Verbesserung: \_\_\_\_\_

Bettlägerig seit \_\_\_\_\_

Noch ansprechbar  Geistig verwirrt  Körperlich zunehmend gebrechlich

D. Betroffene leidet an folgender Krankheit bzw. folgendem Gebrechen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

D. Betroffene wird pflegerisch versorgt von: \_\_\_\_\_

D. Betroffene hat folgenden Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Durchgeführt wurden/werden folgende

ärztliche Behandlungen: \_\_\_\_\_

Therapien: \_\_\_\_\_

Änderungen in der bisherigen Behandlung: \_\_\_\_\_

Wurden medizinische Maßnahmen gegen den natürlichen Willen d. Betroffenen durchgeführt und wenn ja, welche und warum?

\_\_\_\_\_

Werden bei d. Betroffenen freiheitsentziehende Maßnahmen mittels mechanischer Vorrichtungen und/oder durch Medikamente (Bettgitter, Fixiergurt, Abschließen der Zimmertür o. ä.) angewandt?

Nein.

Ja. Es handelt sich um folgende Maßnahmen und Präparate: \_\_\_\_\_

Liegt eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung vor?

Nein.

Ja. Diese befindet/befinden sich \_\_\_\_\_

**3. Zielsetzungen und Angaben zu den einzelnen Aufgabenbereichen**  
(bitte ggf. ein gesondertes Blatt als Anlage verwenden)

- a) Was konnte in Bezug auf die im letzten Bericht geäußerten Wünsche und/oder Ziele erreicht werden, was konnte nicht erreicht werden und warum nicht? Machen Sie bitte Angaben zu allen Aufgabenbereichen, für die Sie als Betreuer(in) bestellt sind. Ihre Aufgabenbereiche können Sie Ihrer Bestellsurkunde entnehmen.

Betreuungsziel/-wunsch d. Betroffenen: \_\_\_\_\_

Ziel(e) erreicht:  Ja.  Nein.

Bemerkungen/Begründungen: \_\_\_\_\_

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen d. Betroffenen durchgeführt und warum?

- b) Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie den Aufgabenbereich „Vermögenssorge“ innehaben.

Wer verfügt über das Vermögen/die Konten?

D. Betroffene selbst.

Ich, weil \_\_\_\_\_

Sowohl d. Betroffene selbst als auch ich.

Ein Barbetragkonto (sogenanntes „Taschengeldkonto“)

ist nicht vorhanden.

ist vorhanden. Dieses wird verwaltet von

mir, weil \_\_\_\_\_

d. Betroffenen selbst.

der Heimleitung, weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der Bestand auf dem Barbetragkonto beträgt zur Zeit \_\_\_\_\_ €.

Der Nachweis über den letzten Stand ist beigelegt.

Ich habe mich persönlich davon überzeugt, dass das Geld nur für d. Betroffene(n) entsprechend ihren/seinen Wünschen verwendet wird. Der Nachweis wird ordnungsgemäß geführt.

Unregelmäßigkeiten

habe ich nicht feststellen können.  werden gesondert mitgeteilt.

Die Rechnungslegung  Die Vermögensübersicht ist beigelegt.

- c) Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie den Aufgabenbereich „Regelung behördlicher Angelegenheiten“ innehaben.

Es besteht derzeit Kontakt mit folgenden Behörden und sonstigen öffentlichen Institutionen:

---

Welche Ansprüche wurden erfolgreich und/oder nicht erfolgreich geltend gemacht?

---

Wer wird nach außen gegenüber der Behörde und anderen öffentlichen Institutionen tätig?

D. Betroffene selbst.

D. Betroffene mit Unterstützung d. Betreuer(in).

D. Betreuer(in) in Ausübung der Vertretungsmacht, weil \_\_\_\_\_

---

Wie wird d. Betroffene über die Ergebnisse informiert?

**4. Persönliche Betreuung** (bitte ggf. ein gesondertes Blatt als Anlage verwenden)

- a) Begegnungen zwischen mir und d. Betroffenen finden wie folgt statt (Art, Anlass, Ort, Umfang und Häufigkeit):

---

---

- b) Wann und wo hat der letzte persönliche Kontakt stattgefunden?

---

- c) Neben dem persönlichen Kontakt mit d. Betroffenen besteht

Briefkontakt  Telefonkontakt  E-Mail-Kontakt mit

dem Heim.  dem ambulanten Dienst.

der behandelnden Ärztin und/oder dem behandelnden Arzt.

d. Angehörigen d. Betroffenen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- d) D. Betroffene ist zur Zusammenarbeit mit mir

bereit.

wegen der vorhandenen Beeinträchtigung nicht in der Lage.

Die Zusammenarbeit gestaltet sich schwierig, weil \_\_\_\_\_

---

- e) Ist d. Betroffene mit der Art, dem Umfang und der Häufigkeit der persönlichen Kontakte zufrieden?

Ja.

Nein, weil \_\_\_\_\_

**5. Rehabilitationsauftrag** (bitte ggf. ein gesondertes Blatt als Anlage verwenden)

Konnten Sie innerhalb des Aufgabenkreises dazu beitragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Fähigkeit d. Betroffenen, ihre/seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, wiederherzustellen oder zu verbessern?

Vermerken Sie bitte, was in dieser Hinsicht im Berichtszeitraum veranlasst wurde.

---

**6. Führung der Betreuung** (bitte ggf. ein gesondertes Blatt als Anlage verwenden)

a) Nach meiner Einschätzung und Beurteilung ist die Betreuung auch weiterhin mit dem bisher angeordneten Aufgabenkreis

erforderlich.

nicht mehr erforderlich und kann aufgehoben werden, weil \_\_\_\_\_

b) Der Aufgabenkreis

ist ausreichend.

muss erweitert werden, und zwar um folgende Bereiche: \_\_\_\_\_

kann eingeschränkt werden um folgende Bereiche: \_\_\_\_\_

c) Teilt d. Betroffene die Ansichten nach a) und b)?

Ja.

Nein, d. Betroffene wünscht folgende abweichende Änderungen: \_\_\_\_\_

d) Einwilligungsvorbehalt:

Die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts halte ich für folgende Aufgabenbereiche für notwendig (bitte begründen): \_\_\_\_\_

e) Schwierigkeiten in der Betreuung haben sich

nicht ergeben.

wie folgt ergeben: \_\_\_\_\_

f) Die Führung einer beruflichen Betreuung (nur auszufüllen bei berufsmäßiger Führung der Betreuung)

ist weiterhin erforderlich, weil \_\_\_\_\_

ist nicht mehr erforderlich. Die Betreuung könnte auch ehrenamtlich geführt werden.

als ehrenamtliche Betreuerin oder ehrenamtlicher Betreuer kommt in Betracht:

g) In welcher Form wurde dieser Bericht mit d. Betroffenen besprochen?

Der Bericht wurde mit d. Betroffenen am \_\_\_\_\_ besprochen.

D. Betroffene möchte dazu folgendes äußern: \_\_\_\_\_

Der Bericht wurde mit d. Betroffenen nicht besprochen, da erhebliche Nachteile für die Gesundheit d. Betroffenen zu befürchten sind bzw. sie/er offensichtlich nicht in der Lage ist, den Inhalt des Berichts zur Kenntnis zu nehmen.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift