

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)		€
Summe		€

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		./.	€
Summe			€

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
			€
			€
			€
Summe			€

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