|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | Vorname, Name d. Betreuer/in | | Str., Haus-Nr., PLZ, Ort | |  | | Tel.Nr./Telefax-Nr. | |  | |  | | --- | | **Bericht** über die **Führung** der  **Betreuung** | |

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

Az: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Betreuung für \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Vorname, Name, Geburtsdatum des/der Betreuten

**Bericht über die persönlichen Verhältnisse:**

|  |
| --- |
| 1. Ständiger Aufenthalt des Betreuten:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort  Heimunterbringung [  ] ja [  ] nein Geschlossene Abteilung [  ] ja [  ] nein  [  ] Aufgabe von selbst genutztem Wohnraum des Betreuten (z. B. Kündigung) |
| 1. Wer versorgt den Betreuten?   [  ] versorgt sich selbst [  ] ambulante Pflegedienste  [  ] ich, d. Betreuer/in [  ] Personal des Heims / der Einrichtung  [  ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Wie ist Ihr persönlicher Eindruck von dem Betreuten?   Der Zustand des Betreuten hat sich [  ] gebessert [  ] nicht verändert [  ] verschlechtert  [ ] Gründe: Eine Verständigung mit dem Betreuten ist [ ] möglich / [ ] nicht möglich /  [ ] eingeschränkt möglich, weil  Der Betreute ist [ ] zeitlich und örtlich orientiert / [ ] verwirrt  Hausarzt:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name, Anschrift, Tel.  Weiterer Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Die Betreuung [  ] ist weiter erforderlich. [  ] kann aufgehoben werden. [  ] Die Aufgabenbereiche sollten geändert werden.   Begründung: |
| 1. Wann haben Sie den Betreuten zuletzt persönlich gesehen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   In welchen zeitlichen Abständen sehen bzw. besuchen Sie den Betreuten?  [  ] monatlich [  ] wöchentlich [  ] täglich [  ] gemeinsamer Hausstand  [  ]  Wie gestalten sich Ihre Kontakte? In welchem Umfang konnten Sie mit dem Betreuten dessen Angelegenheiten besprechen? |

|  |
| --- |
| 1. **Sofern die Vermögensverwaltung nicht zu Ihrem Aufgabenkreis gehört:**   Der Stand des Vermögens beträgt ca. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €. |
| 1. Gibt es Ziele für die Betreuung (z.B. Förderung der Selbständigkeit)?   Welche Maßnahmen haben Sie zur Umsetzung dieser Ziele ergriffen und geplant?  Mussten Sie auch gegen den Willen des Betreuten handeln? |
| 1. Was haben Sie sonst noch zu berichten? |

|  |
| --- |
| 1. Wurde dieser Bericht mit dem Betreuten besprochen? [  ] Ja, am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [  ] Nein, weil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Was ist die Sichtweise des Betreuten zu - den persönlichen Kontakten mit Ihnen?   - den Betreuungszielen und den von Ihnen getroffenen Maßnahmen?  - Hält der Betreute die Betreuung weiterhin für erforderlich? |

Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

[  ] Der Antrag auf Aufwandspauschale wird aufrecht erhalten bzw. gestellt.

[  ] Da der Betreute nicht vermögend ist (Vermögen nicht mehr als 10.000,00 €), bitte ich um Auszahlung der Aufwandspauschale aus der Staatskasse auf mein Konto:

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(BIC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ).

[  ] Auf die weitere Geltendmachung der Aufwandspauschale wird verzichtet.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift