

Name der Betreuerin/des Betreuers

Ort und Tag

Anschrift und Telefon

# An das Amtsgericht

Name d. Betreuten

Geschäfts-Nr. des Amtsgerichts

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen

## Bericht für die Zeit vom bis

<p>1. D. Betreute befindet sich <small>(bitte genaue Anschrift angeben, ggf. auch Station/Wohngruppe)</small></p> <p>Der Aufenthalt wurde</p>	<p><input type="checkbox"/> Privathaushalt      <input type="checkbox"/> dauerhafter Aufenthalt in einer Einrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> nicht gewechselt      <input type="checkbox"/> gewechselt</p>
<p>Bei dauerhaftem Aufenthalt in einer Einrichtung: Die Kosten werden getragen von:</p>	<p><input type="checkbox"/> Selbstzahler (bitte Kopie der letzten Abrechnung beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Kostenträger und Geschäftszeichen</p>
<p>2. a) Handelt es sich um eine Unterbringungsform, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist?</p> <p>b) Werden in dem Heim oder der sonstigen Einrichtung bei einer Unterbringung <b>ohne</b> Freiheitsentziehung regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum freiheitsentziehende Maßnahmen durchgeführt? (z. B. Leibgurt, Bettgitter, ungewöhnlich komplizierte Schließmechanismen oder gezielte Eingabe von Medikamenten, um den Betreuten am Verlassen der Einrichtung zu hindern usw.)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja                      Eventuell bei der Heim-/Einrichtungsleitung nachfragen</p> <p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja                      Eventuell bei der Heim-/Einrichtungsleitung nachfragen</p> <p>Hinweis Ziff. 2a) und b):</p> <p>Falls ja, bedarf die Betreuerin/der Betreuer der Genehmigung des Betreuungsgerichts nach § 1831 BGB, die sofort zu beantragen ist. Die Genehmigung ist nur dann nicht erforderlich, wenn die Unterbringungsmaßnahme auf einer ärztlich anerkannten Freiwilligkeitserklärung d. Betreuten beruht</p>
<p>3. a) Behandelnder Nervenarzt oder, falls nicht vorhanden, Hausarzt d. Betreuten</p> <p>b) Im Berichtszeitraum hat sich der Gesundheitszustand d. Betreuten</p>	<p><input type="checkbox"/> nicht verändert      <input type="checkbox"/> verbessert      <input type="checkbox"/> verschlechtert.</p> <p>Die Veränderung stellt sich wie folgt dar:</p>
<p>4. D. Betreute</p>	<p><input type="checkbox"/> versorgt sich selbst      <input type="checkbox"/> wird unterhalten bzw versorgt durch</p>

5. D. Betreute hat folgende Einkünfte:

Rente:	_____ EUR	auszahlende Stelle _____
Bürgergeld:	_____ EUR	_____
Arbeitslosengeld I/II:	_____ EUR	_____
Wohngeld:	_____ EUR	_____
Kindergeld:	_____ EUR	_____
Grundsicherungsleistung:	_____ EUR	_____
WfbM-Lohn:	_____ EUR	_____
Sonstige Einkünfte:	_____ EUR	_____

Arbeitseingelt: \_\_\_\_\_ EUR

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

6. Die Einnahmen werden gezahlt auf

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

aktueller Kontostand: \_\_\_\_\_ EUR

7. Wird für d. Betreute/n Pflegegeld gezahlt?

nein

ja Pflegegrad: \_\_\_\_\_

8. Neben denn Miet- bzw. Unterbringungs-kosten wird ein monatl. Taschengeld in Höhe von

EUR \_\_\_\_\_

d. Betreute/n direkt gezahlt.

überwiesen auf

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bestand des Taschengeldkontos

am \_\_\_\_\_ EUR

Die ordnungsgemäße Auszahlung des Taschengeldes an d. Betreute/n überwache ich durch

9. Die/Der Betreute besitzt folgende Sparkonten:  
Ein Fehlen des Sperrvermerks ist zu begründen

a) Geldinstitut \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Guthaben in EUR \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

b) Geldinstitut \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Guthaben in EUR \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Sonstiges Vermögen:

EUR \_\_\_\_\_

Für größere Aufstellungen bitte besonderes Blatt verwenden.

10. Im Berichtszeitraum hat d. Betreute folgende Sachen (Gegenstände, Grundstücke) und Rechte (z.B. Forderungen) erworben oder geerbt:

11. Im Berichtszeitraum habe ich als gesetzlicher Vertreter folgende Rechtshandlungen vorgenommen:

- a) Einwilligung in eine Untersuchung, Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff:
- b) Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum:
- c) Sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Grundstücksgeschäfte, Erbausschlagungen, Erbaueinandersetzungsverträge, Aufnahme von Darlehen usw.)
- d) Sonstige Rechtshandlungen

12. Sonst habe ich zu berichten (Lebensgestaltung, Gesundheitszustand, besondere Vorkommnisse oder Schwierigkeiten):

Für größere Aufstellungen bitte besonderes Blatt verwenden.

13. Gemäß § 1863 Abs. 3 BGB erforderliche Angaben:	
Art, Umfang und Anlass der persönlichen Kontakte sowie persönlicher Eindruck von d. Betreuten	
Umsetzung der bisherigen Betreuungsziele und Darstellung der bereits durchgeführten und beabsichtigten Maßnahmen, insbesondere solcher gegen den Willen des Betreuten	
Gründe für die weitere Erforderlichkeit der Betreuung und des Einwilligungsvorbehalts (soweit angeordnet), insbesondere auch hinsichtlich des Umfangs	Ich halte es für notwendig, die Betreuung <input type="checkbox"/> weiterhin im bestehenden Umfang aufrecht zu erhalten <input type="checkbox"/> aufzuheben <input type="checkbox"/> einzuschränken <input type="checkbox"/> zu erweitern, weil
Bei beruflich geführten Betreuungen: Die Betreuung kann zukünftig ehrenamtlich geführt werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sichtweise d. Betreuten zu den vorstehenden Sachverhalten	

14.

- Ich habe den Bericht mit d. Betreuten besprochen am
- Ich habe den Bericht nicht mit d. Betreuten besprochen, weil hiervon erhebliche Nachteile für die Gesundheit zu besorgen waren, bzw. sie/er offensichtlich nicht in der Lage ist, den Inhalt des Jahresberichts zur Kenntnis zu nehmen.

Unterschrift