

Absender:

-----  
(Ort, Datum)

Amtsgericht Schleswig  
Lollfuß 78  
24837 Schleswig

**Bericht** in dem Betreuungsverfahren Max Mustermann, geb. am 01.01.2000  
Geschäftszeichen: 4 XVII

**betr.:** Max Mustermann **geb.:** 01.01.2000

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich berichte nachstehend über das Ergehen der von mir betreuten Person für den Zeitraum

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

1. **Ständiger Aufenthalt** (mit voller Anschrift)

- Alten-/ Pflegeheim \_\_\_\_\_
- Anstalt / Klinikum \_\_\_\_\_
- eigene/-r Wohnung / Haushalt \_\_\_\_\_
- Im Haushalt des Betreuers \_\_\_\_\_

Ist der Aufenthalt / die Unterbringung mit einer Freiheitsentziehung verbunden?

Nein     Ja, weil     es sich um eine geschlossene Abteilung handelt.

Zwar keine geschlossene Unterbringung vorliegt, aber mittels mechanischer Vorrichtungen (Gurte, Bettgitter), Medikamente oder auf andere Weise über längere Zeit die Freiheit entzogen wird.

2. **Gesundheitszustand** (seit dem letzten Bericht bzw. seit Amtsübernahme)

Sehvermögen:     gut     zufriedenstellend     eher schlecht     blind

\_\_\_\_\_

Hörvermögen:     gut     zufriedenstellend     schwerhörig     taub

\_\_\_\_\_

---

Beweglichkeit:  gut  zufriedenstellend  benötigt eine Gehilfe  
 mit Begleitperson  benötigt Rollstuhl  ständig bettlägerig  
 \_\_\_\_\_

---

Wahrnehmungsfähigkeit:  findet sich in der Umgebung zurecht  orientierungslos  
 findet sich *nur in vertrauter* Umgebung zurecht  
 kennt Tag und Uhrzeit  zeitlich nicht orientiert  
Verwirrtheit / Vergesslichkeit:  ja  zeitweise  nein  
 \_\_\_\_\_

---

Verständigung: Eine Verständigung ist mit ihm / ihr  möglich  nicht möglich  
 Nur eingeschränkt möglich, weil \_\_\_\_\_

---

Kann ihren / seinen Willen nicht sinnvoll äußern  Erfasst Zusammenhänge nicht mehr

Ihr / Sein Zustand hat sich insgesamt  nicht verändert  verbessert  verschlechtert

3. **Nervenarzt bzw. Hausarzt** (mit voller Anschrift): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **Kontakt mit der / dem Betreuten**

Die betreute Person wird von mir besucht: ca. \_\_\_\_mal  monatlich  jährlich  
 Daneben besteht regelmäßig  Telefonkontakt  Briefkontakt

5. **Besondere Vorkommnisse / Wünsche / Pläne / Sonstiges**

Keine besonderen Vorkommnisse zu berichten.  Es wurden keine Wünsche geäußert

Ansonsten ist noch zu berichten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. **Vermögenssorge** (falls im Aufgabenkreis enthalten)

(Bitte zu allen Angaben Belege beifügen. Die Urkunden und Auszüge enthalten Sie nach erfolgter Prüfung zurück.)

**Monatliche Einkünfte:**

Art der Bezüge:	auszahlende Stelle:	Betrag:
z.B.: <input type="checkbox"/> Altersrente / Pension <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Lohn / Gehalt		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Barbetrag vom Sozialamt		
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld / -hilfe <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Leistung aus der Pflegeversicherung (Pflegegrad )::		
<input type="checkbox"/> Miete / Pacht <input type="checkbox"/> Leibrente <input type="checkbox"/>		
<b>Summe:</b>		

Die Bezüge sind übergeleitet auf das Sozialamt\_\_\_\_\_als Träger der Heimkosten

Die Bezüge gehen direkt an die Einrichtung (bzw. das Pflegeheim).

**Monatliche Ausgaben:**

Art der Ausgaben:	(z.B.):	Betrag:
<input type="checkbox"/> für eigenes Haus	(Wasser, Strom, Heizung, Grundsteuern etc. durchschnittlich:)	
<input type="checkbox"/> für eigene Mietwohnung	(Miete, Nebenkosten u. Strom etc.):)	
<input type="checkbox"/> Kost und Logis an Dritte	(für Versorgung im Hause des Betreuers oder der Familie:)	
<input type="checkbox"/> Pflegeheimkosten	(für Unterbringung und Pflegeleistungen:)	
<input type="checkbox"/> Lebenshaltungskosten	(für Essen, Trinken, Körperpflege, Bekleidung, Friseur etc. ca.):)	
<input type="checkbox"/> Betrag zur freien Verfügung	(für Hobbys, Freizeiten, Tabakwaren etc.):)	
<input type="checkbox"/> Sonstige Ausgaben		
<b>Summe:</b>		

Ich verwalte kein Vermögen.

Die Rechnungslegung ist beigefügt.

### **Aktuelle Vermögensübersicht:**

- keine Konten  
 siehe anliegende Rechnungslegung

<b>Kontoart u. Kontonummer:</b>	<b>Bank / Kreditinstitut:</b>	<b>Betrag:</b>
<input type="checkbox"/> Girokonten: Nr.:		
<input type="checkbox"/> Sparkonten / Sparbriefe: Nr.:  (Kopien bitte beifügen.)		
<input type="checkbox"/> Wertpapier-Depots: Nr.:  (Depotauszug bitte beifügen.)		
<input type="checkbox"/> Barbetragkonto der Einrichtung (Taschengeld):		
	<b>Summe:</b>	

Hat die/der Betreute weiteres Vermögen hinzu erworben? (z.B. durch Erbschaft, Schenkung o.ä.)

- Nein     Ja, nämlich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 7. **Zukünftige Betreuung**

- Die Betreuung ist auch in Zukunft erforderlich.  
 Die Betreuung kann insgesamt aufgehoben werden, weil...  
 Mein Aufgabenkreis muss erweitert werden, weil...  
 Mein Aufgabenkreis kann eingeschränkt werden, weil...
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für weitere Auskünfte bin ich tagsüber unter der Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ zu erreichen.

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)