

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name d. Betreuer/in

\_\_\_\_\_  
Str., Haus-Nr., PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Tel.Nr./Telefax-Nr.

**Bericht über die Führung der  
Betreuung**

Amtsgericht Schleswig  
Betreuungsabteilung  
Postfach 1120  
24821 Schleswig

Az:  
Betreuung für

**A) Angaben über die persönlichen Verhältnisse:**

1. Ständiger Aufenthalt des Betroffenen:

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort  
Heimunterbringung  ja  nein      Geschlossene Abteilung  ja  nein

2. Wer versorgt den Betroffenen?

versorgt sich selbst                       ambulante Pflegedienste  
 ich, d. Betreuer/in                               Personal des Heims / der Einrichtung  
 \_\_\_\_\_

3. Wie ist Ihr persönlicher Eindruck von dem Betroffenen?

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

Der Zustand des Betroffenen hat sich  
 gebessert       nicht verändert       verschlechtert

4. Die Betreuung

ist weiter erforderlich.  
 kann aufgehoben werden.  
 Die Aufgabenbereiche sollten geändert werden.  
Begründung:

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

5. Wann haben Sie den Betroffenen zuletzt persönlich gesehen? \_\_\_\_\_  
In welchen zeitlichen Abständen sehen bzw. besuchen Sie den Betroffenen?  
 monatlich       wöchentlich       täglich       gemeinsamer Hausstand

Wie gestalten sich Ihre Kontakte? In welchem Umfang konnten Sie mit dem Betroffen-  
nen dessen Angelegenheiten besprechen?

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

**B) Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse:**

6. Aktueller Stand des Vermögens: (Bitte Nachweise beifügen)

Grundbesitz: \_\_\_\_\_  
Gemarkung \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Wert: \_\_\_\_\_ €

Kontoart	KontoNr./IBAN	Bankname	
<input type="checkbox"/> Girokonto	_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Sparkonto	_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	_____ €
<input type="checkbox"/> Verwahrgeldkonto im Heim / betreuten Wohnen / Wohngruppe	_____	_____	_____ €

Die Verwendung des Verwahrgeldes kontrolliere ich  
 durch regelmäßige Einsicht in die Verwendungsnachweise der Einrichtung  
 durch Vorlage von Kopien der Verwendungsnachweise der Einrichtung  
 Das Verwahrgeld wird bestimmungsgemäß verwendet.

**Summe:** \_\_\_\_\_ €  
 Schulden \_\_\_\_\_ €

- Für eine größere Aufstellung verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. -

7. **Einkünfte** (Bitte aktuelle Kontoauszüge beifügen)

Auszahlende Stelle:	Betrag/EUR, mtl.:
<input type="checkbox"/> Rente(n)/Pension _____	_____
<input type="checkbox"/> Krankengeld _____	_____
<input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt _____	_____
<input type="checkbox"/> Miete/Pacht _____	_____
<input type="checkbox"/> Sozialleistungen _____	_____
<input type="checkbox"/> Pflegegeld Grad _____	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. Kindergeld, Landespflegegeld)	_____
<input type="checkbox"/> Monatlicher Barbetrag vom Kostenträger:	
<input type="checkbox"/> _____	_____

An wen werden die Einkünfte ausgezahlt?  
 Auf ein Konto des Betroffenen.  
 \_\_\_\_\_  
 Die Rente ist auf den Kostenträger ( \_\_\_\_\_ ) übergeleitet.

8. Die Heim-/Unterbringungs-/Mietkosten betragen \_\_\_\_\_ €/Monat.  
Sie werden getragen durch \_\_\_\_\_

9. Im Berichtszeitraum hat der Betroffene folgende Sachen (auch Immobilien) und Rechte (z. B. Forderungen, Wohnungsrecht) erworben oder geerbt (bei Erbschaft bitte Kopie des Nachlassverzeichnisses und des Erbnachweises beifügen):

keine  
 \_\_\_\_\_

10. Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen:

Aufgabe von selbst genutztem Wohnraum des Betroffenen (z. B. Kündigung)  
 Sonstige genehmigungspflichtige oder anzeigepflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Darlehensaufnahme, Kapitalanlagen, Schenkungen) - wenn ja, welche:  
\_\_\_\_\_

**C) Angaben über Ihre Tätigkeit:**

11. 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 Betroffenen handeln?

---

---

12. Was haben Sie sonst noch zu berichten?

---

---

13. Wurde dieser Bericht mit dem Betroffenen besprochen?

Ja, am \_\_\_\_\_

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

Was ist die Sichtweise des Betroffenen zu  
- den persönlichen Kontakten mit Ihnen?

---

---

- den Betreuungszielen und den von Ihnen getroffenen Maßnahmen?

---

---

- Hält der Betroffene die Betreuung weiterhin für erforderlich?

---

---

Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!

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

Der Antrag auf Aufwandspauschale wird aufrecht erhalten bzw. gestellt.

Die Kontodaten sind unverändert.

Aktuelle Kontodaten:

IBAN \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_ (BIC: \_\_\_\_\_).

Auf die weitere Geltendmachung der Aufwandspauschale wird verzichtet.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift