AZ:

Betreuung für

An das

Amtsgericht Mannheim

-Betreuungsgericht-

68149 Mannheim

**Bericht über die persönlichen Verhältnisse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | D. Betreute befindet sich  (genaue Anschrift bitte angeben) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Straße, HausNr., PLZ, Ort) |
|  |  |  |
|  | Soweit aktueller Aufenthalt hiervon abweicht, bitte diesen angeben (z.B.: Krankenhausaufenthalt) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| 2) | Heimunterbringung | (...) ja .......(...) nein |
|  | Geschlossene Abteilung | (...) ja........(...) nein |
|  |  |  |
| 3) | Wer versorgt d. Betroffenen? | *Bitte ankreuzen* |
|  | ( ) Versorgt sich selbst | ( ) Ambulante Pflegedienste |
|  | ( ) Ich, d. Betreuer | ( ) Heimversorgung |
|  | Sonstige Versorgung: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (genaue Beschreibung) |
|  |  |  |
| 4) | Wie war die gesundheitliche Entwicklung seit dem letzten Bericht? |  |
|  | Der Zustand hat sich | *Bitte ankreuzen* |
|  | ( ) nicht verändert | ( ) verschlechtert |
|  | ( ) gebessert |  |
|  | Ggfs. bitte kurz begründen: |  |
|  |  |  |
| 5) | Hausarzt | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Name, Anschrift, Telefonnummer) |
|  | Weitere Ärzte  (Neurologe, Psychiater etc.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Name, Anschrift, Telefonnummer) |
|  |  |  |
| 6) | Der Betroffene arbeitet | *Bitte ankreuzen* |
|  | ( ) Nicht mehr | ( ) in folgender Behindertenwerkstatt:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ( ) bei\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Arbeitgeber (Name/ Anschrift) bitte angeben) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7) | Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen: | *(bitte im einzelnen darstellen/ ankreuzen*) |
|  | ( ) Kündigung des Mietverhältnisses | ( ) Regelung der finanziellen Angelegenheiten  (Bankgeschäfte, Kontenverwaltung) |
|  | ( ) Pflegegeldantragstellung | ( ) Antrag auf Zuzahlungsbefreiuung |
|  | ( ) GEZ-Befreiung beantragt | ( ) Zustimmung zu ärztlichen Behandlungen:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (bitte genau bezeichnen) |
|  | ( ) Sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Darlehensaufnahme, Kapitalanlagen) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (bitte genau bezeichnen) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 8) | Im Berichtszeitraum hat d. Betroffene folgende Sachen (auch Immobilien) und Rechte (z.B: Wohnrecht) erworben oder geerbt: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (bei Erbschaft bitte Nachlassverzeichnis beifügen) |
|  |  |  |
| 9) | Wann haben Sie d. Betroffenen zuletzt persönlich gesehen? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (bitte Datum angeben) |
|  | Wie oft besuchen Sie bzw. sehen Sie den Betroffenen? | *Bitte ankreuzen* |
|  | ( ) täglich | ( ) wöchentlich |
|  | ( ) monatlich | ( ) gemeinsamer Hausstand |
|  |  |  |
| 10) | Welche Änderungen im Umfang des Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich? | *Bitte ankreuzen* |
|  | ( ) keine | ( ) folgende:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (bitte genau angeben und begründen) |
|  |  |  |
| 11) | Die Betreuung ist | *Bitte ankreuzen* |
|  | ( ) weiterhin erforderlich | ( ) nicht mehr erforderlich und kann aufgehoben werden, da der Betroffene seine Angelegenheiten wieder selbst regeln kann.  **Begründung**:  (bitte kurz begründen) |
|  |  |  |
| 12) | Sonst habe ich noch zu berichten:  (ggfs. bitte Beiblatt verwenden) |  |
|  |  |  |
|  | **Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ort, Datum)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Unterschrift des Betreuers) |