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) |