

Vorname, Name d. Betreuer/in

Str., Haus-Nr., PLZ, Ort

Tel.Nr./Telefax-Nr.

**Bericht über die Führung der
Betreuung**

Amtsgericht Suhl
Abteilung für Betreuungssachen und sonstige
FamFG-Angelegenheiten
Postfach 10 01 63
98490 Suhl

Az: XVII
Betreuung für, geb. am

A) Angaben über die persönlichen Verhältnisse (Nr. 1 - 7, 14):

1.	Ständiger Aufenthalt des Betroffenen: _____ Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort Heimunterbringung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Geschlossene Abteilung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Wer versorgt den Betroffenen? <input type="checkbox"/> versorgt sich selbst <input type="checkbox"/> ambulante Pflegedienste <input type="checkbox"/> ich, d. Betreuer/in <input type="checkbox"/> Personal des Heims / der Einrichtung <input type="checkbox"/>
3.	Wie war die gesundheitliche Entwicklung seit dem letzten Bericht? Der Zustand des Betroffenen hat sich <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> nicht verändert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> Gründe: _____ Hausarzt: _____ Name, Anschrift, Tel. Weiterer Arzt: _____
4.	Welche Änderungen im Umfang Ihres Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Folgende: _____ _____ (Bitte begründen!)
5.	Die Betreuung <input type="checkbox"/> ist weiter erforderlich. <input type="checkbox"/> kann aufgehoben werden, da der Betroffene die Angelegenheiten wieder selbst regeln kann.
6.	Wann haben Sie den Betroffenen zuletzt persönlich gesehen? _____ In welchen zeitlichen Abständen sehen bzw. besuchen Sie den Betroffenen? <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> gemeinsamer Hausstand <input type="checkbox"/>
7.	Sofern die Vermögensverwaltung nicht zu Ihrem Aufgabenkreis gehört: Der Stand des Vermögens beträgt ca. _____ €.

B) Angaben über die wirtschaftlichen Verhältnisse (Nr. 8 - 14):

8. Aktueller Stand des Vermögens: (Bitte Nachweise beifügen)			
[] Grundbesitz: _____			
Gemarkung _____		Bl. _____	Wert: _____ €
Kontoart	KontoNr./IBAN	Bankname	
[] Girokonto	_____	_____	_____ €
[] Sparkonto	_____	_____	_____ €
[] _____	_____	_____	_____ €
[] _____	_____	_____	_____ €
Summe:			_____ €
[] Schulden _____			_____ €
- Für eine größere Aufstellung verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. -			
9.	Einkünfte	Auszahlende Stelle:	Betrag/EUR, mtl.:
[]	Rente(n)/Pension _____	_____	_____
[]	Krankengeld _____	_____	_____
[]	Lohn/Gehalt _____	_____	_____
[]	Miete/Pacht _____	_____	_____
[]	Sozialhilfe _____	_____	_____
[]	Pflegegeld Stufe _____	_____	_____
[]	_____	_____	_____
An wen werden die Einkünfte ausgezahlt?			
[]	Auf ein Konto des Betroffenen.		
[]	_____		
[]	Die Rente ist auf den Kostenträger (_____) übergeleitet.		
10.	Die Heim-/Unterbringungskosten werden getragen durch (Kostenträger und Geschäftszeichen):		
[]	Daneben erhält der Betroffene ein mtl. Taschengeld in Höhe von _____ € , das		
[]	auf ein Konto des Betroffenen	[] an die Einrichtung	gezahlt wird.
	Das Taschengeldkonto hatte am _____ einen Stand von _____ €.		
	Die Verwendung des Taschengeldes kontrolliere ich		
[]	durch regelmäßige Einsicht in die Verwendungsnachweise der Einrichtung.		
[]	durch Vorlage von Kopien der Verwendungsnachweise der Einrichtung.		
	Das Taschengeld wird bestimmungsgemäß verwendet. [] ja [] nein		
11.	Die monatlichen Einkünfte werden verwendet für		
[]	Bestreitung des Lebensunterhalts (falls keine Heimunterbringung).		
[]	_____		
12.	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 [] _____		
13.	Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen:		
[]	Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum		
[]	Sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Darlehensaufnahme, Kapitalanlagen)		
	wenn ja, welche: _____		

14. Was haben Sie sonst noch zu berichten?

Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift