|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | Vorname, Name d. Betreuer/in | |  | | Str., Haus-Nr., PLZ, Ort | |  | | Tel.Nr./Telefax-Nr. | |  | |  | | --- | | **Bericht** über die  **Betreuung** (persönliche Verhältnisse) | |

**Nur vom Gericht auszufüllen!**

|  |  |
| --- | --- |
| Amtsgericht Waiblingen Postfach 11 93  71301 Waiblingen | Verfügung:  1. Kosten  2. Eintrag Berichtskal.  3. WV m.E. sp. [ ] Ber. [ ]  Rechtspfleger/in |

Az: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Betreuung für \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Vorname, Name, Geburtsdatum des Betreuten

**Bericht über die persönlichen Verhältnisse:**

|  |
| --- |
| 1. Ständiger Aufenthalt des Betreuten:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort  Heimunterbringung [  ] ja [  ] nein Geschlossene Abteilung [  ] ja [  ] nein |
| 1. Wer versorgt den Betreuten?   [  ] versorgt sich selbst [  ] ambulante Pflegedienste  [  ] ich, d. Betreuer/in [  ] Heimpersonal  [  ] |
| 1. Wie war die gesundheitliche Entwicklung seit dem letzten Bericht?   Der Zustand des Betreuten hat sich  [  ] gebessert [  ] nicht verändert [  ] verschlechtert  [  ] Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hausarzt:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name, Anschrift, Tel.  Weiterer Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Der Betreute arbeitet   [  ] nicht mehr  [  ] bei folgendem Arbeitgeber: (Name, Anschrift)      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [  ] bei folgender Behindertenwerkstatt:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Welche Änderungen im Umfang Ihres Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich?   [  ] keine [  ] folgende: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Bitte begründen!) |
| 1. Die Betreuung [  ] ist weiter erforderlich. [  ] kann aufgehoben werden, da der Betreute die Angelegenheiten wieder selbst regeln kann. |

|  |
| --- |
| 1. Wann haben Sie den Betreuten zuletzt persönlich gesehen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   In welchen zeitlichen Abständen sehen bzw. besuchen Sie den Betreuten?  [  ] monatlich [  ] wöchentlich [  ] täglich [  ] gemeinsamer Hausstand  [  ] |
| 1. Im Berichtszeitraum hat der Betreute folgende Sachen (auch Immobilien) und Rechte (z. B. Forderungen, Wohnungsrecht) erworben oder geerbt (bei Erbschaft bitte Nachlassverzeichniss und ggf. Erbnachweis beifügen):   [  ] keine [  ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Folgende Tätigkeiten habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen:   [  ] Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum  [  ] Sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Darlehensaufnahme, Kapitalanlagen)  [  ] Antrag auf / Zustimmung zur (bitte genau bezeichnen):      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Sofern die Vermögensverwaltung nicht zu Ihrem Aufgabenkreis gehört:**   Der Stand des Vermögens beträgt ca. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €. |
| 1. Was haben Sie sonst noch zu berichten? |

Für weitere Mitteilungen bitte Beiblatt verwenden!

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Betreuer