

Absender:

.....
(Ort, Datum)

Amtsgericht Eckernförde
Reeperbahn 45-47
24340 Eckernförde

Bericht in dem Betreuungsverfahren Geschäftszeichen:

betreffend

geboren am

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich berichte nachstehend über das Ergehen der von mir betreuten Person für den Zeitraum

vom _____ bis _____ :

1. Ständiger Aufenthalt (mit voller Anschrift)

- Alten-/ Pflegeheim _____
- Anstalt / Klinikum _____
- eigene/-r Wohnung / Haushalt _____
- im Haushalt des Betreuers _____

Ist der Aufenthalt / die Unterbringung mit einer Freiheitsentziehung verbunden?

- Nein Ja, weil
- es sich um eine geschlossene Abteilung handelt.
- zwar keine geschlossene Unterbringung vorliegt, aber mittels mechanischer Vorrichtungen (Gurte, Bettgitter), Medikamente oder auf andere Weise über längere Zeit die Freiheit entzogen wird.

2. Gesundheitszustand (seit dem letzten Bericht bzw. seit Amtsübernahme)

Sehvermögen : gut zufriedenstellend eher schlecht blind

Hörvermögen : gut zufriedenstellend schwerhörig taub

Sprechzeiten:
Montag - Freitag
09:00 Uhr - 12:00 Uhr

Reeperbahn 45-47, 24340 Eckernförde
Telefon: 04351/715 - 3, Telefax: 04351/715 - 480
Kontoverbindung: Finanzverwaltungsamt Schleswig-Holstein, Landeskasse
BIC-Code: MARKDEF1210, IBAN-Kontonummer: DE37 2100 000 000 21001508
Deutsche Bundesbank, Filiale Kiel, Konto-Nr.: 210 015 08 (BLZ: 210 000 00)
Dienststellen-Nr.: 09023030

Beweglichkeit : gut zufriedenstellend benötigt eine Gehilfe
 mit Begleitperson benötigt Rollstuhl ständig bettlägerig

Wahrnehmungsfähigkeit: findet sich in der Umgebung zurecht orientierungslos
 findet sich *nur in vertrauter* Umgebung zurecht
 kennt Tag und Uhrzeit zeitlich nicht orientiert
Verwirrtheit / Vergesslichkeit : ja zeitweise nein

Verständigung: Eine Verständigung ist mit ihm / ihr möglich nicht möglich
 nur eingeschränkt möglich, weil _____

Kann ihren Willen nicht sinnvoll äußern Erfasst Zusammenhänge nicht mehr

Ihr / Sein Zustand hat sich insgesamt nicht verändert verbessert verschlechtert

3. Nervenarzt bzw. Hausarzt (mit voller Anschrift): _____

4. Kontakt mit der / dem Betreuten

Die betreute Person wird von mir besucht: ca. _____ mal monatlich jährlich
 Daneben besteht regelmäßig Telefonkontakt Briefkontakt

5. Besondere Vorkommnisse / Wünsche / Pläne / Sonstiges

Keine besonderen Vorkommnisse zu berichten. Es wurden keine Wünsche geäußert.

Ansonsten ist noch zu berichten: _____

6. Vermögenssorge (falls im Aufgabenkreis enthalten)

(Bitte zu allen Angaben Belege beifügen. Die Urkunden und Auszüge erhalten Sie nach erfolgter Prüfung zurück.)

Monatliche Einkünfte:

Art der Bezüge:	auszahlende Stelle:	Betrag:
z.B.: <input type="checkbox"/> Altersrente / Pension <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Lohn / Gehalt		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Taschengeld vom Sozialamt		
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld /-hilfe <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Leistung aus der Pflegeversicherung (Stufe):		
<input type="checkbox"/> Miete / Pacht <input type="checkbox"/> Leibrente <input type="checkbox"/>		
Summe:		

- Die Bezüge sind übergeleitet auf das Sozialamt _____ als Träger der Heimkosten
- Die Bezüge gehen direkt an die Einrichtung (bzw. das Pflegeheim).

Monatliche Ausgaben:

Art der Ausgaben:	(z.B. :)	Betrag:
<input type="checkbox"/> für eigenes Haus	(Wasser, Strom, Heizung, Grundsteuern etc. durchschnittlich:)	
<input type="checkbox"/> für eigene Mietwohnung	(Miete, Nebenkosten u. Strom etc.:)	
<input type="checkbox"/> Kost und Logis an Dritte	(für Versorgung im Hause des Betreuers oder der Familie:)	
<input type="checkbox"/> Pflegeheimkosten	(für Unterbringung und Pflegeleistungen:)	
<input type="checkbox"/> Lebenshaltungskosten	(für Essen, Trinken, Körperpflege, Bekleidung, Friseur etc. ca.:)	
<input type="checkbox"/> Taschengeld	(für Hobbys, Freizeiten, Tabakwaren etc.:)	
<input type="checkbox"/> Sonstige Ausgaben		
Summe:		

- Ich verwalte kein Vermögen. Die Rechnungslegung ist beigefügt.

Aktuelle Vermögensübersicht:

- keine Konten
- siehe anliegende Rechnungslegung

Kontoart u. Kontonummer:	Bank / Kreditinstitut:	Betrag:
<input type="checkbox"/> Girokonten : Nr.: (Kopien bitte beifügen.)		
<input type="checkbox"/> Sparkonten / Sparbriefe : Nr.: (Kopien bitte beifügen)		
<input type="checkbox"/> Wertpapier-Depots : Nr.: (Depotauszug bitte beifügen.)		
<input type="checkbox"/> Barbetragkonto der Einrichtung (Taschengeld) : Die Taschengeldeberechnung ist in Kopie beigefügt.		
<input type="checkbox"/> Grundvermögen		
<input type="checkbox"/> Versicherungen ect.		
Summe:		

Hat die/der Betreute weiteres Vermögen hinzuerworben? (z.B. durch Erbschaft, Schenkung o.ä.)

- Nein Ja, nämlich _____

7. Zukünftige Betreuung

- Mein Aufgabenkreis muss erweitert werden, weil ...
- Mein Aufgabenkreis kann eingeschränkt werden, weil ...

Für weitere Auskünfte bin ich tagsüber unter der Tel.-Nr.: _____ / _____ zu erreichen.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehend gemachten Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)