

Telefon:

Telefax:

Datum: \_\_\_\_\_

Amtsgericht  
- Betreuungsgericht -  
Homburger Straße 18  
61169 Friedberg (Hessen)

**Geschäftsnummer** (bitte stets angeben)

Zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen.

## Schlussbericht Betreuung

geb. am

für die Zeit vom bis

Der Bericht beinhaltet die Entwicklungen seit dem zuletzt eingereichten Jahresbericht vom

\_\_\_\_\_

Grund der Beendigung der Betreuung ist

- der Tod des Betroffenen.
- die Aufhebung der Betreuung.
- ein Betreuerwechsel.

### 1. Aufenthaltsort

Wo hat sich der Betroffene gewöhnlich aufgehalten? (Bitte genaue Anschrift angeben.)

- Im gemeinsamen Haushalt unter der oben aufgeführten Anschrift des Antragstellers.
- Eigene Wohnung: \_\_\_\_\_
- Alten-/Pflegeheim: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Abweichender aktueller Aufenthaltsort:  
\_\_\_\_\_

Grund hierfür ist: \_\_\_\_\_

- Vergütungsrelevante Wohnform: (Nur bei beruflicher Betreuung anzugeben.)  
\_\_\_\_\_

### 2. Lebenssituation des Betroffenen (Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt als Anlage verwenden.)

- a) Bisherige Tagesstruktur, soziale Kontakte, Hilfestrukturen, Rehabilitationsmaßnahmen etc.:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) gesundheitlicher Zustand:

---

---

---

c) Grund der Beendigung im Einzelnen (bei Versterben Todesursache angeben):

---

---

---

**3. Angaben zu den einzelnen Aufgabenbereichen** (Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt als Anlage verwenden.)

Was konnte in Bezug auf die im letzten Bericht geäußerten Wünsche und/oder Ziele erreicht werden, was konnte nicht erreicht werden und warum nicht? Füllen Sie bitte nur diejenigen Abschnitte aus, für deren Aufgabenbereich Sie als bestellt waren.

a) Aufgabenbereich **Gesundheitssorge**

Betreuungsziel/-wunsch des Betroffenen:

---

---

Ziel erreicht:  Ja  Nein

Bemerkungen/Begründung:

---

---

Welche medizinischen Maßnahmen wurden durchgeführt und wer hat in diese eingewilligt?

---

---

Wurden medizinische Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgeführt und wenn ja, welche und warum?

---

---

Lag eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung vor?

Ja  Nein

Es bestand Kontakt zu folgenden behandelnden Ärztinnen oder Ärzten:

---

---

b) Aufgabenbereich(e) **Regelung des Aufenthalts** und/oder **Entscheidung über eine freiheitsentziehende Unterbringung**

Betreuungsziel/-wunsch des Betroffenen:

---

---

Ziel erreicht:  Ja  Nein

Bemerkungen/Begründung:

---

---

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgeführt und wenn ja, welche und warum?

---

---

c) Aufgabenbereich **Vermögenssorge**

Betreuungsziel/-wunsch des Betroffenen:

---

---

Ziel erreicht:  Ja  Nein

Bemerkungen/Begründung:

---

---

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgeführt und warum?

---

---

Wer verfügte über das Vermögen/die Konten?

- der Betroffene selbst.
  - Sowohl der Betroffene selbst als auch ich.
  - Ich, weil \_\_\_\_\_
- 

Ein Barbetragkonto (sogenanntes „Taschengeldkonto“)

- war nicht vorhanden.
- war vorhanden. Dieses wurde verwaltet von
  - dem Betroffenen selbst.
  - mir, weil \_\_\_\_\_
  - der Heimleitung, weil \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

Der Bestand auf dem Barbetragkonto betrug bei Beendigung der Betreuung

\_\_\_\_\_ €.

Der Nachweis über den letzten Stand ist beigelegt.

Ich habe mich persönlich davon überzeugt, dass das Geld nur für den Betroffenen entsprechend seinen Wünschen verwendet wurde. Der Nachweis wurde ordnungsgemäß geführt. Unregelmäßigkeiten

- habe ich nicht feststellen können.
- werden gesondert mitgeteilt.

Ich habe folgendes meiner Verwaltung unterliegende Vermögen am \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_ herausgegeben:

---

---

- Die Schlussrechnung
- Die Vermögensübersicht
  - ist beigefügt.
  - ist entbehrlich, da es von der einzigen berechtigten Person, die ich auf das Recht zur Schlussrechnung hingewiesen habe, nicht verlangt wird.
  - wird umgehend nachgereicht, wenn innerhalb von sechs Monaten nach Ende der Betreuung eine berechnigte Person dies verlangt oder sich keine berechnigte Person gemeldet hat.

d) **Aufgabenbereich Regelung behördlicher Angelegenheiten**

Betreuungsziel/-wunsch des Betroffenen:

---

---

Ziel erreicht:  Ja  Nein

Bemerkungen/Begründung:

---

---

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgeführt und wenn ja, welche und warum?

---

---

Es bestand Kontakt mit folgenden Behörden oder sonstigen öffentlichen Institutionen:

---

---

Welche Ansprüche wurden erfolgreich und/oder nicht erfolgreich geltend gemacht?

---

---

Wer wurde nach außen gegenüber der Behörde und anderen öffentlichen Institutionen tätig?

- der Betroffene selbst.
- der Betroffene mit meiner Unterstützung.
- Ich in Ausübung der Vertretungsmacht, weil

---

---

Wie wurde der Betroffene über die Ergebnisse informiert?

---

---

e) **Sonstige Aufgabenbereiche** (Bitte für die übrigen oben genannten Aufgabenbereiche jeweils einzeln beantworten und gegebenenfalls gesondertes Blatt als Anlage beifügen.)

Betreuungsziel/-wunsch des Betroffenen:

---

---

---

Bemerkungen/Begründung:

---

---

---

**4. Persönliche Betreuung** (Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt als Anlage verwenden.)

- a) Begegnungen zwischen mir und dem Betroffenen fanden statt nach Art (Anlass), Ort, Umfang und Häufigkeit:

---

---

---

- b) Wann und wo hat der letzte persönliche Kontakt stattgefunden?

---

---

- c) Neben dem persönlichen Kontakt mit dem Betroffenen bestand

Briefkontakt       Telefonkontakt      mit

dem Heim

dem ambulanten Dienst

der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt

den Angehörigen des Betroffenen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- d) Der Betroffene war zur Zusammenarbeit mit mir

bereit.

wegen der vorhandenen Beeinträchtigungen nicht in der Lage.

Die Zusammenarbeit gestaltete sich schwierig, weil

---

---

- e) War der Betroffene mit der Art, dem Umfang und der Häufigkeit der persönlichen Kontakte zufrieden?

Ja

Nein, weil \_\_\_\_\_

**5. Rehabilitationsauftrag** (Nicht auszufüllen, wenn die Betreuung durch den Tod des Betroffenen beendet wurde.)

Konnten Sie innerhalb des Aufgabenkreises dazu beitragen, dass Möglichkeiten genutzt wurden, die Fähigkeit des Betroffenen, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, wiederherzustellen oder zu verbessern?

Vermerken Sie bitte, was in dieser Hinsicht im Berichtszeitraum veranlasst wurde.

---

---

---

## 6. Herausgabe der Unterlagen

Ich habe folgende im Rahmen der Betreuung erlangten Unterlagen am  
\_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_  
herausgegeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)