

Telefon:

Telefax:

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

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

**Geschäftsnummer** (bitte stets angeben)

**Zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen.**

## Bericht über die persönlichen Verhältnisse

De \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### 1. Aufenthaltsort

a) Wo befindet sich der Betroffene zur Zeit? (Bitte genaue Anschrift angeben.)

- Alten-/Pflegeheim \_\_\_\_\_
- Anstalt/Klinikum \_\_\_\_\_
- Eigene Wohnung \_\_\_\_\_
- Im gemeinsamen Haushalt unter der oben aufgeführten Anschrift des Antragstellers .
- \_\_\_\_\_

b) Ist der Aufenthalt/die Unterbringung mit Freiheitsentzug verbunden?

(Eine Freiheitsentziehung liegt vor, wenn der Betroffene die Räume, die Einrichtung etc. nicht verlassen kann, obwohl er es möchte).

- Nein.
- Ja, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befindet sich der Betroffene in einer geschlossenen Abteilung?

- Nein.
- Ja.

Werden bei dem Betroffenen freiheitsentziehende Maßnahmen mittels mechanischer Vorrichtungen (Bettgitter, Fixiergurt, Abschließen der Zimmertür o. ä.) angewandt?

- Nein.
- Ja. Es handelt sich um folgende Maßnahmen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erhält der Betroffene zur Ruhigstellung fortlaufend Medikamente, die eine ausschließlich freiheitsentziehende Wirkung haben?

- Nein.
- Ja. Es handelt sich um folgende Präparate: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Gesundheitszustand

- a) Wie ist der derzeitige Gesundheitszustand des Betroffenen (körperlicher Zustand, Gebrechen, Krankheiten usw.)?

---

---

---

---

- b) Der körperliche und geistige Zustand des Betroffenen hat sich/ist im Berichtszeitraum  
 verbessert.       verschlechtert.       unverändert geblieben.  
Die Verbesserung/Verschlechterung stellt sich wie folgt dar: .

---

---

---

---

- c) Name und Praxisanschrift d. behandelnden Hausärztin bzw. Hausarztes:

---

---

## 3. Persönliche Betreuung

- a) Begegnungen zwischen mir und dem Betroffenen finden statt
- nach Bedarf, mindestens aber
  - auf Wunsch des Betroffenen, mindestens aber
  - auf Wunsch des Heimes / der Anstalt / anderer Personen, mindestens aber
  - vierteljährlich.
  - monatlich.
  - wöchentlich bis täglich.
  - täglich aufgrund gemeinsamen Haushaltes.
  - \_\_\_\_\_

Die letzte Begegnung mit dem Betroffenen fand am \_\_\_\_\_ statt.

Ich konnte mich dabei vergewissern, dass der Betroffene mich

- versteht.       teilweise versteht.       nicht versteht.

Daneben besteht mit

- Briefkontakt
  - dem Betroffenen.
  - dem ambulanten Dienst.
  - der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
  - den Angehörigen des Betroffenen.
  - \_\_\_\_\_
- Telefonkontakt  
 dem Heim/der Anstalt.

- b) Der Betroffene

- kann keine Wünsche äußern.

äußert folgende Wünsche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Ich habe folgende Bedürfnisse des Betroffenen festgestellt:

- keine.                       folgende: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Den Wünschen und Bedürfnissen des Betroffenen

- konnte nachgekommen werden.  
 konnte nicht nachgekommen werden, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Der Betroffene ist zur Zusammenarbeit mit mir

- bereit.                       wegen der Beeinträchtigungen nicht in der Lage.  
 Die Zusammenarbeit gestaltet sich schwierig, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f) Haben Sie innerhalb des Aufgabenkreises dazu beigetragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung des Betroffenen zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, sind insbesondere Rehabilitationsmaßnahmen genutzt worden oder geplant?

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

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

**4. Rechtshandlungen, (auch noch durchzuführende) Tätigkeiten oder Ereignisse**

Welche Rechtshandlungen haben Sie für den Betroffenen vorgenommen? Gab es besondere Vorkommnisse, einschneidende Ereignisse (z. B. Verträge geschlossen, Zustimmung zu Operationen erteilt, Wohnung gekündigt bzw. aufgelöst, Prozesse geführt, Tod eines nahen Angehörigen etc.)?

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

**5. Vermögenssorge (soweit im Aufgabenkreis enthalten)**

- Die Rechnungslegung ist beigelegt.       Die Vermögensübersicht ist beigelegt.

Ein Taschengeldkonto

- ist nicht vorhanden.  
 ist vorhanden. Dieses wird verwaltet von  
 mir.       dem Betroffenen selbst.       der Heim-/Anstaltsleitung.

Der Bestand auf dem Taschengeldkonto beträgt zur Zeit \_\_\_\_\_ €. Der Nachweis über den letzten Stand des Taschengeldkontos ist beigelegt.

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

- habe ich nicht feststellen können.       werden gesondert mitgeteilt.

**6. Erforderlichkeit der Betreuung**

- a) Nach meiner Einschätzung und Beurteilung ist die Betreuung auch weiterhin mit dem bisher angeordneten Aufgabenkreis

- erforderlich.  
 nicht mehr erforderlich und kann aufgehoben werden (siehe besondere Begründung).

- b) Der Aufgabenkreis

- ist ausreichend.  
 muss erweitert werden, und zwar um folgende Bereiche (siehe besondere Begründung).  
 kann eingeschränkt werden auf folgende Bereiche: \_\_\_\_\_

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

- c) Schwierigkeiten in der Betreuung haben sich

- nicht ergeben.  
 wie folgt ergeben: \_\_\_\_\_

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

- d) Berufsbetreuung (nur auszufüllen bei berufsmäßiger Führung der Betreuung)

- ist nicht mehr erforderlich. Die Betreuung könnte auch ehrenamtlich geführt werden.  
 ist weiterhin erforderlich (siehe besondere Begründung).

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

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

**Anlage zur Feststellung, ob das Vermögen des Betroffenen an den Gerichtskosten zu beteiligen ist.**

**Belege werden nicht benötigt.**

Die Angaben zur Höhe des Vermögens d. Betroffenen werden zur Prüfung benötigt, ob Gerichtskosten zu erheben sind. Diese fallen nur an, wenn das Vermögen d. Betroffenen den Betrag von 25.000,00 EUR übersteigt.

Auslagen für Verfahrenspflegervergütung sowie Betreuervergütungen bzw. Aufwandsentschädigungen sind ab einer Vermögenshöhe von 10.000,00 EUR aus dem Vermögen zu bestreiten.

-----  
-  
**Das Vermögen des Betroffenen (ohne Grundbesitz) beläuft sich auf**

\_\_\_\_\_ €.

(Unter das Vermögen fallen neben den Bankkonten auch Wertpapiere, Bausparverträge, Lebensversicherungen etc.)

D. Betroffene ist (Mit-)Eigentümer/in eines Grundstücks.

Bitte geben Sie die Lage des Grundstücks und ggf. auch die Grundbuchblattnummer an:

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

Das Grundstück wird von d. Betroffenen, seinem/ihrem Ehepartner oder **minderjährigen** Kinder(n) bewohnt.

Das Grundstück ist vermietet.

Wert des Grundstücks: \_\_\_\_\_ €

Monatliche Mieteinnahmen: \_\_\_\_\_ €

Das Grundstück wird nicht genutzt.

Wert des Grundstücks: \_\_\_\_\_ €

**Die vorstehende Aufstellung habe ich nach bestem Wissen gefertigt und versichere die Richtigkeit der Angaben.**

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)