

Name der Betreuerin/des Betreuers

Ort und Tag

Anschrift und Telefon

**An das  
Amtsgericht Rockenhausen**

Kreuznacher Straße 37  
67806 Rockenhausen

Name der/des Betreuten

Geschäfts-Nr. des Amtsgerichts

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen.

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Bericht für die Zeit   |   | vom – bis                                |   |
| 1. Die/Der Betreute befindet sich  | (genaue Anschrift)  |  |   |
| Station/Wohngruppe<br>(bitte unbedingt angeben!)   |   |  | <input type="checkbox"/> Privathaushalt |
| und hat im Berichtszeitraum<br>den Aufenthalt  | <input type="checkbox"/> nicht gewechselt <input type="checkbox"/> gewechselt   |  | von – nach                              |
| Die Unterbringungskosten werden<br>getragen von:   |   |  |   |
| 2. a) Handelt es sich um eine Unterbringungsform, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   | Eventuell bei der Heimleitung nachfragen |   |
| b) Werden in der Anstalt, dem Heim oder der sonstigen Einrichtung bei einer Unterbringung ohne Freiheitsentziehung regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum unterbringungsähnliche Maßnahmen durchgeführt?<br>(z.B. Leibgurt, Bettgitter, ungewöhnlich komplizierte Schließmechanismen oder gezielte Eingabe von Medikamenten, um die Betreute/den Betreuten am Verlassen der Einrichtung zu hindern usw.) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar   | Eventuell bei der Heimleitung nachfragen |   |
| Zu Ziffer 2 a) und b):<br>Falls ja, bedarf die Betreuerin/der Betreuer der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nach § 1906 BGB, die sofort zu beantragen ist. Die Genehmigung ist nur dann nicht erforderlich, wenn die Unterbringungsmaßnahme auf einer ärztlich anerkannten Freiwilligkeitserklärung der/des Betreuten beruht.  |   |  |   |
| 3. a) Behandelnder Nervenarzt oder, falls nicht vorhanden, Hausarzt der/des Betreuten  |   |  |   |
| b) Im Berichtszeitraum hat sich der Gesundheitszustand der/des Betreuten   | <input type="checkbox"/> nicht verändert <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert.<br>Die Veränderung stellt sich wie folgt dar: |  |   |
| 4. Die/Der Betreute  | <input type="checkbox"/> versorgt sich selbst <input type="checkbox"/> wird unterhalten bzw. versorgt durch   |  |   |
| 5. Die/Der Betreute hat folgende Einkünfte:  | auszahlende Stelle  |  |   |
|  | Rente:  | _____ EUR                                | _____                                   |
|  | Sozialgeld:   | _____ EUR                                | _____                                   |
|  | Arbeitslosengeld I/II   | _____ EUR                                | _____                                   |
|  | Wohngeld:   | _____ EUR                                | _____                                   |
|  | Kindergeld:   | _____ EUR                                | _____                                   |
|  | weitere Einkünfte:  | _____ EUR                                | _____                                   |
|  | Arbeitsentgelt:   | _____ EUR                                | _____                                   |
|  | Arbeitgeber:  | _____                                    | _____                                   |
| 6. Die Einnahmen werden gezahlt auf  | Konto Nr. _____ bei _____<br>aktueller Kontostand: _____ EUR<br>Kontoinhaber: _____   |  |   |
| Sie werden verwendet für<br>(Lebensunterhalt, Kleidung pp.)  |   |  |   |
| 7. Wird für die/den Betreuten Pflegegeld gezahlt?  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Pflegestufe: _____   |  |   |

Für größere Aufstellungen bitte besonderes Blatt verwenden.

8. Neben den Unterbringungskosten wird von ein monatliches Taschengeld in Höhe von

EUR  der/dem Betreuten direkt  auf Konto  auf Eigen-geldkonto

Nr. bei

Bestand des Taschengeldkontos

gezahlt  überwiesen.

am EUR

Die ordnungsgemäße Auszahlung des Taschengeldes an die Betreute/den Betreuten überwache ich durch

9. Betreute/r besitzt folgende Sparbücher mit dem Sperrvermerk: „Mündelgeld, Verfügung nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts“ (Ein Fehlen des Sperrvermerks ist zu begründen).

a) Nr. bei

Guthaben in EUR am

b) Nr. bei

Guthaben in EUR am

Monatlich werden durchschnittlich gespart

EUR

Sonstiges Vermögen:

EUR

10. Im Berichtszeitraum hat die/der Betreute folgende Sachen (Gegenstände, Grundstücke) und Rechte (z.B. Forderungen) erworben oder geerbt:

11. Im Berichtszeitraum habe ich als gesetzlicher Vertreter folgende Rechtshandlungen für die Betreute/den Betreuten vorgenommen:

a) Einwilligung in eine Untersuchung, Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff:

b) Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum:

c) Sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z.B. Grundstücksgeschäfte, Erbausschlagungen, Erbaueinsetzungsverträge, Aufnahme von Darlehen usw.)

d) Sonstige Rechtshandlungen:

12. Mit der/dem Betreuten halte ich wie folgt persönlichen Kontakt (Aufsuchen in der Wohnung, bei der Arbeit, regelmäßige Einladungen in die Familie u. a.):

13. Ich halte für notwendig, die Betreuung

weiterhin im bestehenden Umfang aufrecht zu erhalten.

aufzuheben,  einzuschränken,  zu erweitern,

weil \_\_\_\_\_

14. Sonst habe ich zu berichten (Lebensgestaltung, Gesundheitszustand, besondere Vorkommnisse oder Schwierigkeiten):

Die Angaben beruhen auf eigenen Ermittlungen. Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers