

Absender:

Telefon:

Telefax:

Datum:

Amtsgericht  
- Betreuungsgericht -  
An der Martinikirche 8  
38100 Braunschweig

**Geschäftsnummer** (bitte stets angeben)  
NZZ XVII ...

Zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen.

### Bericht über die persönlichen Verhältnisse

der \_\_\_\_\_

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

#### 1. Aufenthaltsort

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

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

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

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

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

Befindet sich die Betroffene/der Betroffene in einer geschlossenen Abteilung?

- Nein.      Ja.

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

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

Erhält die Betroffene/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 der Betroffenen/des Betroffenen (körperlicher Zustand, Gebrechen, Krankheiten usw.)?

---

---

---

---

- b) Der körperliche und geistige Zustand der Betroffenen/des Betroffenen hat sich/ist im Berichtszeitraum

verbessert.                       verschlechtert.                       unverändert geblieben.

Die Verbesserung/Verschlechterung stellt sich wie folgt dar:

---

---

---

---

## 3. Persönliche Betreuung

- a) Begegnungen zwischen mir und der/dem Betroffenen finden statt

- nach Bedarf, mindestens aber
- auf Wunsch der/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 der/dem Betroffenen fand am \_\_\_\_\_ statt.

Ich konnte mich dabei vergewissern, dass die Betroffene/der Betroffene mich

versteht.                       teilweise versteht.                       nicht versteht.

Daneben besteht  
mit

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

- b) Die/der Betroffene

kann keine Wünsche äußern.

äußert folgende Wünsche: \_\_\_\_\_

---

---



## 5. Vermögenssorge (soweit im Aufgabenkreis enthalten)

- ;  
; Die Rechnungslegung ist beigefügt. ; Die Vermögensübersicht ist beigefügt.

Ein Taschengeldkonto

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

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

Ich habe mich persönlich davon überzeugt, dass das Taschengeld nur für die Betroffene/den Betroffenen entsprechend ihren/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 der Betreuerin/des Betreuers )