

Absenderin/Absender:

(Name)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

┌  
Amtsgericht  
– Betreuungsgericht –

Telefon:

Telefax:

Datum:

**Geschäftsnummer:** (bitte stets angeben)

Zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen.

## Jahresbericht Betreuung

der/des \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

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

Der Bericht beinhaltet die Entwicklungen seit dem zuletzt eingereichten Jahresbericht. dem Anfangsbericht.

### 1. Aufenthaltsort

a) Wo befindet sich die betreute Person gewöhnlich? (Bitte genaue Anschrift angeben.)

Im gemeinsamen Haushalt unter der oben aufgeführten Anschrift.

Eigene Wohnung:

Alten-/Pflegeheim:

Sonstiges:

Abweichender aktueller Aufenthalt:

Grund hierfür ist:

Vergütungsrelevante Wohnform: (Nur bei beruflicher Betreuung anzugeben.)

b) Ist die betreute Person im letzten Jahr umgezogen?

Ja, von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

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

Nein.

## 2. Aktuelle Lebenssituation einschließlich der Wünsche, Vorstellungen und Zufriedenheit der betreuten Person

(Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt als Anlage verwenden.)

- a) Beschäftigung, Tagesstruktur, soziale Kontakte, Hilfestrukturen, Freizeitgestaltung, Rehabilitationsmaßnahmen etc.:

- b) gesundheitlicher Zustand:

Der gesundheitliche Zustand der betreuten Person hat sich meiner Einschätzung nach seit der letzten Berichterstattung

verbessert.

verschlechtert.

nicht verändert.

- c) Ressourcen und Fähigkeiten (Lebensführung und Erledigung eigener Angelegenheiten):

## 3. Zielsetzungen und 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 Betreuerin oder Betreuer bestellt sind. Aufgabenbereiche lauten:

- a) Aufgabenbereich **Gesundheitssorge**

Betreuungsziel/-wunsch der betreuten Person:

Ziel erreicht:      Ja.      Nein.

Bemerkungen/Begründung:

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

Wurden medizinische Maßnahmen gegen den natürlichen Willen der betreuten Person durchgeführt und wenn ja, welche und warum?

Liegt eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung vor?

Ja.            Nein.

Es besteht Kontakt zu folgenden behandelnden Ärztinnen oder Ärzten:

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

Betreuungsziel/-wunsch der betreuten Person:

Ziel erreicht:    Ja.            Nein.

Bemerkungen/Begründung:

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen der betreuten Person durchgeführt und wenn ja, welche und warum?

Ist der Aufenthalt bzw. die Unterbringung mit Freiheitsentzug verbunden?

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

Ja, weil

Nein.

Werden bei der betreuten Person freiheitsentziehende Maßnahmen mittels mechanischer Vorrichtungen und/oder durch Medikamente (Bettgitter, Fixiergurt, Abschließen der Zimmertür o. ä.) angewandt?

Ja. Es handelt sich um folgende Maßnahmen und Präparate:

Nein.

c) Aufgabenbereich **Vermögenssorge**

Betreuungsziel/-wunsch der betreuten Person:

Ziel erreicht:      Ja.              Nein.

Bemerkungen/Begründung:

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen der betreuten Person durchgeführt und warum?

Wer verfügt über das Vermögen/die Konten?

Die betreute Person selbst.

Sowohl die betreute Person selbst als auch ich.

Ich, weil

Ein Barbetragkonto (sogenanntes „Taschengeldkonto“)

ist nicht vorhanden.

ist vorhanden. Dieses wird verwaltet von

der betreuten Person selbst.

mir, weil

der Heimleitung, weil

Der Bestand auf dem Barbetragkonto beträgt zurzeit €.

Der Nachweis über den letzten Stand ist beigefügt.

Ich habe mich persönlich davon überzeugt, dass das Geld nur für die betreute Person entsprechend ihren Wünschen verwendet wird. Der Nachweis wird ordnungsgemäß geführt. Unregelmäßigkeiten

habe ich nicht feststellen können.

werden gesondert mitgeteilt.

Die Rechnungslegung            Die Vermögensübersicht            ist beigefügt.

d) Aufgabenbereich **Regelung behördlicher Angelegenheiten**

Betreuungsziel/-wunsch der betreuten Person:

Ziel erreicht:            Ja.            Nein.

Bemerkungen/Begründung:

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen der betreuten Person durchgeführt und wenn ja, welche und warum?

Es besteht derzeit Kontakt mit folgenden Behörden oder sonstigen öffentlichen Institutionen:

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

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

Die betreute Person selbst.

Die betreute Person mit meiner Unterstützung.

Ich in Ausübung der Vertretungsmacht, weil

Wie wird die betreute Person 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 der betreuten Person:

Folgende Ziele wurden erreicht:

Bemerkungen/Begründung:

#### 4. **Persönliche Betreuung**

(Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt als Anlage verwenden.)

- a) Begegnungen zwischen mir und der betreuten Person finden statt nach Art (Anlass), Ort, Umfang und Häufigkeit:

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

- c) Neben dem persönlichen Kontakt mit der betreuten Person besteht

Briefkontakt                      Telefonkontakt                      mit

dem Heim

dem ambulanten Dienst

der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt  
den Angehörigen der betreuten Person:

- d) Die betreute Person ist zur Zusammenarbeit mit mir  
bereit.  
wegen der vorhandenen Beeinträchtigungen nicht in der Lage.  
Die Zusammenarbeit gestaltet sich schwierig, weil
- e) Ist die betreute Person mit der Art, dem Umfang und der Häufigkeit der persönlichen  
Kontakte zufrieden?  
Ja.  
Nein, weil

## **5. Rehabilitationsauftrag**

Konnten Sie innerhalb des Aufgabenkreises dazu beigetragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Fähigkeit der betreuten Person, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen, wiederherzustellen oder zu verbessern?

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

## **6. Führung 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, weil

b) Der Aufgabenkreis

ist ausreichend.

muss erweitert werden, und zwar um folgende Bereiche:

kann eingeschränkt werden um folgende Bereiche:

c) Teilt die betreute Person die Ansichten nach a) und b) oder wünscht sie eine Änderung?

Ja.

Nein, die betreute Person wünscht folgende abweichende Änderungen:

d) Einwilligungsvorbehalt

Die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts halte ich für folgende Aufgabenbereiche notwendig: (Bitte begründen.)

e) Schwierigkeiten in der Betreuung haben sich

nicht ergeben.

wie folgt ergeben:



- f) Die Führung einer beruflichen Betreuung  
(nur auszufüllen bei **berufsmäßiger** Führung der Betreuung)

ist weiterhin erforderlich, weil

ist nicht mehr erforderlich. Die Betreuung könnte auch ehrenamtlich geführt werden.

Als ehrenamtliche Betreuerin oder ehrenamtlicher Betreuer kommt in Betracht:

- g) In welcher Form wurde dieser Bericht mit der betreuten Person besprochen?

Der Bericht wurde mit der betreuten Person am \_\_\_\_\_ besprochen. Die betreute Person möchte folgendes dazu äußern:

Der Bericht wurde mit der betreuten Person nicht besprochen, da erhebliche Nachteile für die Gesundheit der betreuten Person zu befürchten sind bzw. sie offensichtlich nicht in der Lage ist, den Inhalt des Jahresberichts zur Kenntnis zu nehmen.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

(Unterschrift der Betreuerin/des Betreuers)