

Absender:

Telefon:

Telefax:

Datum: _____

r

1

Amtsgericht
- Betreuungsgericht -
In der Alten Kaserne 3
39288 Burg

Geschäftsnummer (bitte stets angeben)

NZS 63 XVII

Zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen.

Jahresbericht Betreuung

_____, geb. am _____
(Betroffene/-r)

für die Zeit vom _____ bis _____

Der Bericht beinhaltet die Entwicklungen seit

- dem zuletzt eingereichten Jahresbericht.
- dem Anfangsbericht.

1. Aufenthaltsort

a) Wo befindet sich d. Betroffene gewöhnlich? (Bitte genaue Anschrift angeben.)

Im gemeinsamen Haushalt unter der oben aufgeführten Anschrift d. Betreuers.

Eigene Wohnung: _____

Alten-/Pflegeheim: _____

Sonstiges: _____

Abweichender aktueller Aufenthalt:

Grund hierfür ist: _____

Vergütungsrelevante Wohnform: (nur bei beruflicher Betreuung anzugeben)

b) Ist d. Betroffene im letzten Jahr umgezogen?

Ja, von _____ nach _____ am

_____, weil _____

Nein

2. Aktuelle Lebenssituation einschließlich der Wünsche, Vorstellungen und Zufriedenheit d. Betroffenen (Bitte gegebenenfalls gesondertes Blatt als Anlage verwenden.)

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

b) gesundheitlicher Zustand:

Der gesundheitliche Zustand d. Betroffenen 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 Betreuer/-in bestellt sind. Ihre Aufgabenbereiche lauten:

a) Aufgabenbereich **Gesundheitssorge**

Betreuungsziel/-wunsch d. 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 d. Betroffenen 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(e) **Regelung des Aufenthalts** und/oder **Entscheidung über eine freiheitsentziehende Unterbringung**

Betreuungsziel/-wunsch d. Betroffenen:

Ziel erreicht: Ja Nein

Bemerkungen/Begründung:

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

Ist der Aufenthalt/die Unterbringung mit Freiheitsentzug verbunden?

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

Ja, weil _____

Nein

Werden bei d. Betroffenen 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 d. Betroffenen:

Ziel erreicht: Ja Nein

Bemerkungen/Begründung:

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen d. Betroffenen durchgeführt und warum?

Wer verfügt über das Vermögen/die Konten?

- d. Betroffene selbst.
- Sowohl d. Betroffene selbst als auch ich.
- Ich, weil _____

Ein Barbetragskonto (sogenanntes „Taschengeldkonto“)

- ist nicht vorhanden.
- ist vorhanden. Dieses wird verwaltet von
 - d. Betroffenen selbst.
 - mir, weil _____
 - der Heimleitung, weil _____
 - _____

Der Bestand auf dem Barbetragskonto beträgt zurzeit _____ €.

Der Nachweis über den letzten Stand ist beigelegt.

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

- habe ich nicht feststellen können.
- werden gesondert mitgeteilt.
- Die Rechnungslegung Die Vermögensübersicht ist beigelegt.

d) Aufgabenbereich **Regelung behördlicher Angelegenheiten**

Betreuungsziel/-wunsch d. Betroffenen:

Ziel erreicht: Ja Nein

Bemerkungen/Begründung:

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen d. Betroffenen 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?

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

Wie wird d. 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 d. Betroffenen:

Folgende Ziele wurden erreicht:

Bemerkungen/Begründung:

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

- a) Begegnungen zwischen mir und d. Betroffenen 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 d. Betroffenen besteht
- Briefkontakt Telefonkontakt mit
 - dem Heim
 - dem ambulanten Dienst
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
 - den Angehörigen d. Betroffenen: _____
 - _____
- d) D. Betroffene ist zur Zusammenarbeit mit mir
- bereit.
 - wegen der vorhandenen Beeinträchtigungen nicht in der Lage.
 - Die Zusammenarbeit gestaltet sich schwierig, weil
- _____
- _____
- e) Ist d. Betroffene mit der Art, dem Umfang und der Häufigkeit der persönlichen Kontakte zufrieden?
- Ja
 - Nein, weil _____

5. Rehabilitationsauftrag

Konnten Sie innerhalb des Aufgabenkreises dazu beitragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Fähigkeit d. Betroffenen, 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 d. Betroffene die Ansichten nach a) und b) oder wünscht sie eine Änderung?
- Ja
 - Nein, d. Betroffene 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 d. Betroffenen besprochen?
- Der Bericht wurde mit d. Betroffenen am _____ besprochen.
D. Betroffene möchte folgendes dazu äußern:

- Der Bericht wurde mit d. Betroffenen nicht besprochen, da erhebliche Nachteile für die Gesundheit d. Betroffenen 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 Betreuer/-in)