

Abs.:

Telefon:

Telefax:

Datum: _____

┌

└

Amtsgericht Stendal
Justizzentrum „Albrecht der Bär“
Scharnhorststraße 40, Haus E
39576 Hansestadt Stendal

Geschäftsnummer (bitte stets angeben)
63 XVII

Zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen.

Bericht über die persönlichen Verhältnisse

des _____

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:

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

- 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)