

Absender:

Telefon:

Telefax: _____

Datum:

Amtsgericht
- Betreuungsgericht -
Ostertorstr. 25 - 31
28195 Bremen

Geschäftsnummer (bitte stets angeben)

NZS

Zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen.

Jahresbericht Betreuung

_____, geb. _____ für die Zeit vom _____ bis _____

Der Bericht beinhaltet die Entwicklungen seit

- dem zuletzt eingereichten Jahresbericht.
- dem Anfangsbericht.

1. Aufenthaltsort

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

Im gemeinsamen Haushalt unter der oben aufgeführten Anschrift des Betreuers.

Eigene Wohnung: _____

Alten-/Pflegeheim: _____

Sonstiges: _____

Abweichender aktueller Aufenthalt:

Grund hierfür ist: _____

Vergütungsrelevante Wohnform: (nur bei beruflicher Betreuung anzugeben)

b) Ist der Betroffene im letzten Jahr umgezogen?

Ja, von _____ nach _____ am _____

_____, weil _____

Nein

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

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

b) gesundheitlicher Zustand:

Der gesundheitliche Zustand des 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 bestellt sind. Ihre Aufgabenbereiche lauten:

Sorge für die Gesundheit
Vermögenssorge
Rechts- / Antrags- und Behördenangelegenheiten

a) Aufgabenbereich **Gesundheitssorge**

Betreuungsziel/-wunsch des 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 des 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 des Betroffenen:

Ziel erreicht: Ja Nein

Bemerkungen/Begründung:

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

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).

Ja, weil _____

Nein

Werden bei dem 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 des Betroffenen:

Ziel erreicht: Ja Nein

Bemerkungen/Begründung:

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des Betroffenen durchgeführt und warum?

Wer verfügt über das Vermögen/die Konten?

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

Ein Barbetragskonto (sogenanntes „Taschengeldkonto“)

- ist nicht vorhanden.
- ist vorhanden. Dieses wird verwaltet von
 - dem 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 den Betroffenen entsprechend seinen 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 des Betroffenen:

Ziel erreicht: Ja Nein

Bemerkungen/Begründung:

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen des 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?

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

Wie wird der 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 des Betroffenen:

Folgende Ziele wurden erreicht:

Bemerkungen/Begründung:

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

- a) Begegnungen zwischen mir und dem 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 dem Betroffenen besteht
- Briefkontakt Telefonkontakt mit
 - dem Heim
 - dem ambulanten Dienst
 - der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
 - den Angehörigen des Betroffenen: _____
 - _____
- d) Der Betroffene ist zur Zusammenarbeit mit mir
- bereit.
 - wegen der vorhandenen Beeinträchtigungen nicht in der Lage.
 - Die Zusammenarbeit gestaltet sich schwierig, weil
- _____
- _____
- e) Ist der 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 des Betroffenen, seine 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 der Betroffene die Ansichten nach a) und b) oder wünscht er eine Änderung?
 Ja
 Nein, der 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 dem Betroffenen besprochen?
 Der Bericht wurde mit dem Betroffenen am _____ besprochen.
Der Betroffene möchte folgendes dazu äußern:

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

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

(Unterschrift des Betreuers)