_____

_____

_____ _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Datum: _____

Amtsgericht
- Betreuungsgericht -
Schorlemerstraße 33
66606 St. Wendel

Geschäftsnummer (bitte stets angeben)

Zutreffendes ankreuzen und/oder ausfüllen.

Jahresbericht Betreuung

_____

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

1. Aufenthaltsort

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

O Im gemeinsamen Haushalt unter der oben aufgeführten Anschrift der Betreuerin.

O Eigene Wohnung: _____

O Alten-/Pflegeheim: _____

O Sonstiges: _____

☐ Abweichender aktueller Aufenthalt:

_____

Grund hierfür ist: _____

☐ Vergütungsrelevante Wohnform: (nur bei beruflicher Betreuung anzugeben)

_____

b) Ist die Betroffene im letzten Jahr umgezogen?

O Ja, von _____ nach _____ am _____, weil _____

O Nein

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

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

_____

_____

_____

b) gesundheitlicher Zustand:

_____

_____

_____

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

O verbessert.
O verschlechtert.
O 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 bestellt sind. Ihre Aufgabenbereiche lauten:

_____

_____

_____

_____

a) Aufgabenbereich **Gesundheitssorge**

Betreuungsziel/-wunsch der Betroffenen:

_____

_____

Ziel erreicht: O Ja O Nein
Bemerkungen/Begründung:

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

Liegt eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung vor?
O Ja O 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 der Betroffenen:

_____

_____

Ziel erreicht: O Ja O Nein
Bemerkungen/Begründung:

_____

_____

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

_____

_____

Ist der Aufenthalt/die Unterbringung mit Freiheitsentzug verbunden?
(Eine Freiheitsentziehung liegt vor, wenn die Betroffene die Räume, die Einrichtung etc. nicht verlassen kann, obwohl sie es möchte).

O Ja, weil _____
O Nein

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

O Ja. Es handelt sich um folgende Maßnahmen und Präparate:

_____

O Nein

c) Aufgabenbereich **Vermögenssorge**

Betreuungsziel/-wunsch der Betroffenen:

_____

_____

Ziel erreicht: O Ja O Nein
Bemerkungen/Begründung:

_____

_____

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

_____

_____

Wer verfügt über das Vermögen/die Konten?

O die Betroffene selbst.
O Sowohl die Betroffene selbst als auch ich.
O Ich, weil _____

_____

Ein Barbetragskonto (sogenanntes „Taschengeldkonto")

O ist nicht vorhanden.
O ist vorhanden. Dieses wird verwaltet von

O der Betroffenen selbst.
O mir, weil _____
O der Heimleitung, weil _____
O _____

Der Bestand auf dem Barbetragskonto beträgt zurzeit _____ €.
Der Nachweis über den letzten Stand ist beigefügt.

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

O habe ich nicht feststellen können.
O werden gesondert mitgeteilt.
O Die Rechnungslegung O Die Vermögensübersicht ist beigefügt.

d) Aufgabenbereich **Regelung behördlicher Angelegenheiten**

Betreuungsziel/-wunsch der Betroffenen:

_____

_____

Ziel erreicht: O Ja O Nein
Bemerkungen/Begründung:

_____

_____

Wurden Maßnahmen gegen den natürlichen Willen der 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?

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

_____

Wie wird die 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 der Betroffenen:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Folgende Ziele wurden erreicht:

_____

_____

_____

_____

Bemerkungen/Begründung:

_____

_____

_____

_____

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

a) Begegnungen zwischen mir und der 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 der Betroffenen besteht
☐ Briefkontakt ☐ Telefonkontakt mit
☐ dem Heim
☐ dem ambulanten Dienst
☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
☐ den Angehörigen der Betroffenen: _____
☐ _____

d) Die Betroffene ist zur Zusammenarbeit mit mir
O bereit.
O wegen der vorhandenen Beeinträchtigungen nicht in der Lage.
☐ Die Zusammenarbeit gestaltet sich schwierig, weil
_____
_____

e) Ist die Betroffene mit der Art, dem Umfang und der Häufigkeit der persönlichen Kontakte zufrieden?
O Ja
O Nein, weil _____

5. Rehabilitationsauftrag

Konnten Sie innerhalb des Aufgabenkreises dazu beitragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Fähigkeit der 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
O erforderlich.
O nicht mehr erforderlich und kann aufgehoben werden, weil
_____
_____

b) Der Aufgabenkreis
O ist ausreichend.
O muss erweitert werden, und zwar um folgende Bereiche:
_____
_____
_____

O kann eingeschränkt werden um folgende Bereiche:
_____
_____

_____

c) Teilt die Betroffene die Ansichten nach a) und b) oder wünscht sie eine Änderung?
O Ja
O Nein, die 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
O nicht ergeben.
O wie folgt ergeben:

_____

_____

_____

f) Die Führung einer beruflichen Betreuung
(Nur auszufüllen bei **berufsmäßiger** Führung der Betreuung.)
O ist weiterhin erforderlich, weil

_____

_____

O 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 Betroffenen besprochen?
O Der Bericht wurde mit der Betroffenen am _____ besprochen.
Die Betroffene möchte folgendes dazu äußern:

_____

_____

_____

O Der Bericht wurde mit der Betroffenen nicht besprochen, da erhebliche Nachteile für die Gesundheit der 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 der Betreuerin)