



## Angaben über die persönlichen Verhältnisse:

1.	Ständiger Aufenthalt _____ Straße PLZ Ort Heimunterbringung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein geschlossene Abteilung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Wer versorgt <input type="checkbox"/> versorgt sich selbst <input type="checkbox"/> Personal d. Alten-/Pflegeheimes/Einrichtung <input type="checkbox"/> ich, <input type="checkbox"/> ambulante Pflegedienste <input type="checkbox"/>
3.	Wie war die gesundheitliche Entwicklung seit dem letzten Bericht?  Der Zustand hat sich <input type="checkbox"/> gebessert <input type="checkbox"/> nicht verändert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> weil _____  Hausarzt: _____ Tel.: _____  _____ Straße PLZ Ort
4.	Welche Änderungen im Umfang Ihres Aufgabenkreises halten Sie für erforderlich? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> folgende: (z. B. Erweiterung d. Aufgabenkreises):  _____
5.	<input type="checkbox"/> ist weiter erforderlich. <input type="checkbox"/> kann aufgehoben werden, da die Angelegenheiten wieder selbst regeln kann.
6.	Wann haben Sie zuletzt persönlich gesehen? _____ In welchen zeitlichen Abständen sehen/besuchen Sie <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> täglich (gemeinsamer Hausstand)
7.	Folgende Tätigkeiten/Rechtshandlungen habe ich als gesetzlicher Vertreter vorgenommen:  <input type="checkbox"/> Kündigung oder Aufhebung eines Mietverhältnisses über Wohnraum <input type="checkbox"/> sonstige genehmigungspflichtige Rechtsgeschäfte (z. B. Grundstücksgeschäfte, Erbausschlagung, Darlehensaufnahme etc.)
8.	Hat im Berichtszeitraum Sachen oder Rechte erhalten, erworben oder geerbt?  <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende

**Die Angaben beruhen auf eigenen Ermittlungen. Die Richtigkeit und Vollständigkeit wird versichert.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift