für die Zeit vom       bis

Name, Vorname: Geburtsdatum: Heimatort:

**Name Vorname Geb.dat. Ort Kt.**

Gesetzlicher Wohnsitz:

**PLZ Ort**

Aufenthaltsort:

**Adresse/Heim**

**PLZ Ort**

gemäss Art. Artikel ZGB

Errichtung der Massnahme:

Berichtsverfasser/in:

Name Vorname

Adresse

Adresszusatz

PLZ Ort

Mandatsträgerin seit:

Eingang KESB: ..................................

1. **Ausgangslage**

**a) Schwächezustand/Schutzbedarf**

**b) Auftrag und Ziel gemäss Beschluss KESB**

**c) Pendenzen aus letztem Bericht**

Keine Pendenzen aus der letzten Berichtsgenehmigung.

Die Bemerkungen aus der Genehmigung des letzten Berichts wurden wie folgt bereinigt/umgesetzt:

1. **Arbeit der Mandatsträgerin / des Mandatsträgers in der Berichtsperiode**

Regelmässige Besprechungen / Kontakte

Gelegentliche/unregelmässige Besprechungen / Kontakte

Barauszahlungen Taschengeld

Einkommens-, Renten- und Vermögensverwaltung

Standortbestimmungen: (Datum und Teilnehmer)

Helferkonferenzen: (Datum und Teilnehmer)

normaler Arbeits-, Betreuungs- und Führungsaufwand

aufwändiger/überdurchschnittlicher Arbeits-, Betreuungs- und Führungsaufwand

Kurze Zusammenfassung der Arbeit des Mandatsträgers/der Mandatsträgerin

1. **Persönliche Verhältnisse**

**a) Wohnsituation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wohnung | Haus/Eigentumswohnung | Wohnheim | Alters-/Pflegeheim |
| Klinik |  |  |  |
| normale/ordent­liche Verhältnisse | Hygiene/Ordnung proble­matisch | chaotisch/verwahrlost | |
| Einsatz Spitex | Einsatz Psychiatrie-Spitex | Kann selbständig haushalten | wohnt alleine |
| in Wohngemeinschaft mit: | | | |

Kurze Zusammenfassung der Wohnsituation

**b) Arbeit / Beschäftigung**

Rentner/in  keine Erwerbstätigkeit

Erwerbstätig bei       als

Tagesstruktur gegeben  Ohne Tagesstruktur lebend  Tagesstruktur mit

Einschränkungen

Kurze Zusammenfassung der Arbeitssituation

**c) Gesundheitszustand**

Keine besonderen Meldungen während Berichtszeit

Zahnärztliche Behandlungen:

Gesundheitliche Probleme:

Klinik-/Spitalaufenthalt:

Therapien:

Kurze Zusammenfassung der gesundheitlichen Situation.

**d) Soziale Kontakte / Beziehungen**

Stützendes Umfeld  Kein stützendes Umfeld  Schwieriges Umfeld

Freizeitinteressen:

Kontakte zu Angehörigen

Kurze Zusammenfassung der Situation (Familie, Verwandte, Freunde, sonst. soziale Kontakte).

**e) Verhältnis zwischen Klient und Mandatsperson**

Beschrieb der Zusammenarbeit (Konflikte, pers. Verhältnis, Umsetzung Anordnungen)

**f) Lebensziele/Lebensgestaltung des Klienten/der Klientin**

Wünsche:

Ziele:

Mögliche Unterstützung:

1. **Finanzielle Verhältnisse**

**a) Finanzielles Allgemein**

Mit Finanzverwaltung  Ohne Finanzverwaltung

Budget eingehalten  Budget nicht eingehalten:

**b) Versicherungen**

Krankenkasse KVG bei       VVG bei

Unfallversicherung  in KK inbegriffen  via Arbeitgeber  separat bei

Haftpflicht/Hausrat bei

NEB-Beiträge  Ja  Nein (via Arbeitgeber)

**c) Einkommen**

IV  AHV  ZL  PK  Gehalt  HILO  ALV  Spenden  andere

**d) Vermögen / Schulden / Vermögensveränderung**

Vermögen per       Fr.

Steuerbares Vermögen gemäss letzter Steuerveranlagung Fr.

Mit Wertschriften  Ohne Wertschriften  Vorhandene Schulden Fr.

Vermögenszunahme in der Berichtszeit: Fr.

Vermögensabnahme in der Berichtszeit: Fr.

Grund Veränderung:

Bemerkungen:

1. **Allgemeines / Bemerkungen**

1. **Einschätzung / Beurteilung / Bisher erreichtes**

Kurze Stellungnahme in Bezug auf die gesetzten und erreichten Ziele (Fortschritt, Rückschritt, Stillstand) und die Ressourcen.

1. **Zielsetzungen für nächste Berichtsperiode**

Wohnen:

Arbeiten:

Gesundheit:

Soziale Kontakte:

Finanzen:

Handlungsbedarf:

1. **Zeitaufwand und Spesen**

Zeitaufwand:  gering  mittel  hoch  ausserordentlich hoch

Zeitaufwand in h:       (falls von KESB angeordnet, separate Aufstellung beilegen)

Spesen:  pauschal  effektiv (separate Aufstellung beilegen)

Begründung Mehraufwand:

1. **Anträge**

Genehmigung .

Abänderung/Anpassung der Massnahme.

Aufhebung der Massnahme.

Wechsel der Beistandsperson.

Begründung Abänderung oder Aufhebung der Massnahme bzw. Wechsel der Beistansperson.

Ort, Datum

........................................

Name Vorname /

mit Name Vorname besprochen am      .

Kopie ausgehändigt  Vorname Vorname verzichtet auf eine Kopie

Datum: ............................ Unterschrift Klient: ...................................................

nicht besprochen und keine Kopie ausgehändigt.

Begründung:

Beilagen:

Buchhaltung mit Vermögensbericht und Rechnung (inkl. Belegen) per

Monats-Budget

Zeit- und Spesenabrechnung

........................................