# Bitte auswählen

für die Zeit vom Datum bis Datum

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname: Bitte Text eingeben | Geburtsdatum: Datum | Heimatort: Bitte Text eingeben |
| Gesetzlicher Wohnsitz: Bitte Text eingeben | | |
| Aufenthaltsort: Bitte Text eingeben | | |
| Beistandschaft gemäss Art. Bitte Text eingeben | | |
| Errichtung der Massnahme: Datum | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Berichtsverfasser/in | Bitte auswählen Name Vorname Adresse PLZ Ort | |
| Mandatsträger/in seit | Datum | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Eingang KESB |  |  |

## Ausgangslage

### Schwächezustand/Schutzbedarf

Bitte Text eingeben

### Auftrag und Ziel gemäss Beschluss KESB

Bitte Text eingeben

### Pendenzen aus dem letzten Bericht

Keine Pendenzen aus der letzten Berichtsgenehmigung

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

## Arbeit der Mandatsträgerin/des Mandatsträgers

Regelmässige Besprechungen/Kontakte mit der Klientin/dem Klienten

Gelegentliche/unregelmässige Besprechungen/Kontakte mit der Klientin/dem Klienten

Standortgespräche: Datum und Teilnehmer

Geringer Arbeits-, Betreuungs- und Führungsaufwand

Mittlerer Arbeits-, Betreuungs- und Führungsaufwand

Überdurchschnittlicher Arbeits-, Betreuungs- und Führungsaufwand

Kurze Zusammenfassung der Arbeit der Mandatsträgerin/des Mandatsträgers

## Persönliche Verhältnisse

#### Wohnsituation

Mietwohnung  Wohneigentum  Alters-/Pflegeheim  Wohnheim

Klinik

Wohnt allein  In Wohngemeinschaft mit Bitte Text eingeben

Einsatz Spitex  Einsatz Psychiatrie-Spitex   
 Selbständige Haushaltsführung

Kurze Zusammenfassung der Wohnsituation

#### Arbeit/Beschäftigung

Rentner/in  Keine Erwerbstätigkeit  Erwerbsunfähigkeit

Erwerbstätig bei Bitte Text eingeben als Bitte Text eingeben

Tagesstruktur gegeben  Keine Tagesstruktur

Kurze Zusammenfassung der Arbeitssituation und der Tagestruktur

#### Gesundheitszustand

Keine besonderen Meldungen während der Berichtszeit

Gesundheitliche Probleme: Bitte Text eingeben

Klinik-/Spitalaufenthalt: Bitte Text eingeben

Zahnärztliche Behandlungen: Bitte Text eingeben

Therapien: Bitte Text eingeben

Kurze Zusammenfassung der gesundheitlichen Situation

#### Soziale Kontakte/Beziehungen

Unterstützendes Umfeld  Konfliktbehaftetes Umfeld

Kontakte zu Angehörigen: Bitte Text eingeben

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

#### Verhältnis zwischen Klient/in und Mandatsträger/in

Beschrieb der Zusammenarbeit (Persönliches Verhältnis, Konflikte, Umsetzung, Anordnungen, etc.)

## Finanzielle Verhältnisse

##### Finanzielles Allgemein

Mit Finanzverwaltung  Ohne Finanzverwaltung

Budget eingehalten  Budget nicht eingehalten: Begründung

##### Versicherungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Krankenkasse: | KVG bei Bitte Text eingeben | VVG bei Bitte Text eingeben |
| Unfallversicherung: | In KK inbegriffen  Separat bei Bitte Text eingeben | Via Arbeitgeber |
| Hausrat/Haftpflicht: | HP bei Bitte Text eingeben  Keine HR | HR bei Bitte Text eingeben |
| NEB-Beiträge: | Ja  Nein (AHV-Rentner/in) | Nein (via Arbeitgeber) |
| Weitere: | Bitte Text eingeben | |

##### Einkommen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lohn | AHV | IV | HE | ZL | PK |
| Taggeld | Sozialhilfe | Weiteres: Bitte Text eingeben | | | |

##### Vermögen/Schulden/Vermögensveränderung

Vermögen per Datum: Fr. Betrag

Steuerbares Vermögen gemäss letzter Steuerveranlagung: Fr. Betrag

Mit Wertschriften  Ohne Wertschriften

Schulden: Fr. Betrag

Vermögenszunahme in der Berichtszeit: Fr. Betrag

Vermögensabnahme in der Berichtszeit: Fr. Betrag

Grund der Veränderung: Bitte Text eingeben

Bemerkungen: Bitte Text eingeben

## Allgemeines/Bemerkungen

Bitte Text eingeben

## Einschätzung/Beurteilung bisher Erreichtes

Kurze Stellungnahme in Bezug auf die gesetzten und erreichten Ziele

## Zielsetzungen für die nächste Berichtsperiode

Wohnen: Bitte Text eingeben

Arbeiten: Bitte Text eingeben

Gesundheit: Bitte Text eingeben

Soziale Kontakte: Bitte Text eingeben

Finanzen: Bitte Text eingeben

Handlungsbedarf: Bitte Text eingeben

## Zeitaufwand und Spesen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zeitaufwand: | gering | mittel | | hoch | ausserordentlich hoch |
| Zeitaufwand in Stunden: | Anzahl Stunden  (falls von der KESB angeordnet, separate Aufstellung beilegen) | | | | |
| Spesen: | Pauschal | | Effektiv (separate Aufstellung beilegen) | | |

Begründung Mehraufwand: Bitte Text eingeben

## Anträge

Genehmigung Bitte auswählen

Abänderung/Anpassung der Massnahme

Aufhebung der Massnahme

Wechsel der Beiständin/des Beistandes

Begründung: Bitte Text eingeben

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum |  |
|  |  |
|  | Name Vorname, Bitte auswählen |

Bitte auswählen mit Name Vorname besprochen am Datum

Kopie ausgehändigt  Name Vorname verzichtet auf eine Kopie

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum |  |
|  |  |
|  | Name Vorname, Bitte auswählen |

Bitte auswählen nicht besprochen. Begründung: Bitte Text eingeben

Keine Kopie ausgehändigt  Kopie per Post an Klienten/in versandt

**Beilagen**:

Buchhaltung mit Vermögensbericht und Rechnung (inkl. Belegen)

Monatsbudget

Betreibungsregisterauszug

Zeit- und Spesenabrechnung

Bitte Text eingeben