



Betreuungsplanung

Datum	
-------	--

Name des/der Betreuten	
Vorname	
Geb. Datum/Ort	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	

Rechtliche Betreuung

Seit	
Befristet bis/ Überprüfung bis	
Aufgabenkreise	
Einwilligungsvorbehalt	☐ nein ☐ ja
Betreuer/in Vertreter/in	
Amtsgericht	
Aktenzeichen	

Krankheitsbild/Diagnose:

--

Fähigkeiten, Ressourcen, Einschränkungen:

Lebenssituation:

(z.B. wohnen, Kontakte)

Finanzielle Situation:

Wünsche des/der Betreuten:

Unterstützungs-/Handlungsbedarf:

(Formen der unterstützten Entscheidungsfindung)

Ziele der Betreuung:

langfristig:

mittelfristig:

kurzfristig:

andere Hilfen/zu Beteiligende:

(z.B. Familienangehörige, soz. Einrichtungen)

Vereinbarungen/Maßnahmen:

Bewertung der Zusammenarbeit:

Betreuung (*in derzeitigem Umfang*) weiter erforderlich?

Datum

Betreuer/in

Betreute/r

Sonstiges:
