



# Betreuungsmappe

Für ehrenamtliche Betreuer



Von:

---



## Stammdaten

Name:	Vorname(n):
Geburtsname:	Frühere Namen:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße/ Hausnummer:	PLZ/ Ort:
Derzeitiger Aufenthaltsort:	
Staatsangehörigkeit:	Herkunftsland:
Festnetznummer:	Mobilnummer:
E-Mail:	
Beruf/Tätigkeit:	Arbeitgeber:
Religion:	Familienstand:
Personalausweis ausgestellt von:	Gültig bis:
Reisepass ausgestellt von:	Gültig bis:
Bank:	IBAN:
Ident. Nr.:	Sozialversicherungs-Nr.:
Krankenkassen-Nr.:	



## Angehörige, Bekannte, Freunde

Name und Adresse:	Festnetz/Mobil:	Beziehung:



# Gericht, Behörden, Vereine

Name des Gerichts:		
Beschluss des Amtsgerichts vom:	Az.:	XVII
Rechtspfleger/in:		Tel.:
Richter/in:		Tel.:
Aufgabenkreise: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Einwilligungsvorbehalt für die Aufgabenkreise:		
Name der Betreuungsbehörde: Betreuungsstelle Stadt Aschaffenburg		Sachbearbeiter*in:
Adresse: Dalbergstr. 15, 63739 Aschaffenburg		Tel.: 06021 330 1599
Name des Betreuungsvereins: Sozialdienst katholischer Frauen e.V.		Ansprechpartner*in:
Adresse: Erbsengasse 9, 63739 Aschaffenburg		Tel.: 06021 27806
Schuldnerberatung: Schuldnerberatung Stadt Aschaffenburg		Sachbearbeiter*in:
Adresse: Dalbergstr. 15, 63739 Aschaffenburg		Tel.: 06021 330 1631
Name des Anwalts/ Notars:		
Adresse:		Tel.:



## Notizen:



# Gesundheitssorge

Name Krankenkasse: <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	Versicherungsnummer:
Adresse Krankenkasse:	Telefon:
Name Pflegekasse: <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	Versicherungsnummer:
Adresse Pflegekasse:	Telefon:
Rentenkasse:	Versicherungsnummer:
Adresse Rentenkasse:	Telefon:
Behindertenausweis vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Medikamentenliste vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Impfpass vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blutgruppe:

---

## Ärzte:

Name und Adresse:	Telefon:	Fachrichtung:



## Diagnosen:

## Ambulante Dienste:

Name und Adresse:	Telefon:	Fachrichtung:

## Krankenhausaufenthalte:

Name und Adresse:	Telefon:	Fachrichtung:

## Unterbringung:

Beginn:	Genehmigung Vom:	Einrichtung:	Ende der Genehmigung:	Entlassen Am:

## Unterbringungsähnliche Maßnahmen:

Art der Maßnahme:	Genehmigung Vom:	Einrichtung:	Ende der Genehmigung:	Beendet am:



# Finanzen

## Monatliche Einnahmen:

Name des Einzahlers:	Art der Einnahme:	Betrag:

## Monatliche Ausgaben:

Name des Empfängers:	Art der Ausgabe:	Betrag:

## Vermögen:

Bezeichnung des Vermögens:	Konto- / Depotnummer:	Betrag / aktueller Wert:

## Schulden:

Bezeichnung der Schulden:	Gläubiger:	Gesamtbetrag / Ratenhöhe:

## Sonstiges:

Bezeichnung:	Vertragsnummer:	Betrag:
Bausparvertrag		
Sparbuch/ Sparverträge		
Daueraufträge:		
Mitgliedschaften		



Legen Sie für weitere Konten ein  
Extrablatt/Anlagen an.



# Immobilien

Mietwohnung/ Miethaus: <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Haus	Name des Vermieters:
Adresse:	Telefonnummer:
Mietverhältnis besteht seit:	Kündigungsfrist:
Ansprechpartner Hausverwaltung:	Zweitschlüssel besitzt:
Wird bezahlt durch: <input type="checkbox"/> Mieter <input type="checkbox"/> Amt für Soziale Leistungen/ Wohngeld <input type="checkbox"/> Job Center <input type="checkbox"/>	Az: Az:

## Weitere Immobilien:

Adresse Objekt:	Beschreibung Objekt:
Steuernummer:	Grundsteueramt:
Adresse Objekt:	Beschreibung Objekt:
Steuernummer:	Grundsteueramt:
Adresse Objekt:	Beschreibung Objekt:
Steuernummer:	Grundsteueramt:

## Energieversorgung:

Strom:	Vertragsnummer:	Betrag:
Gas:	Vertragsnummer:	Betrag:
Wasser:	Vertragsnummer:	Betrag:
Sonstige Abgaben:	Vertragsnummer:	Betrag:
	Vertragsnummer:	Betrag:
	Vertragsnummer:	Betrag:



# Versicherungen

Name und Art der Versicherung:	Versicherungsnummer:	Ansprechpartner*in/ Telefonnummer:
Haftpflichtversicherung:		
Gebäudeversicherung:		
Unfallversicherung:		
Lebensversicherung:		
Berufsunfähigkeitsversicherung:		
Sterbegeldversicherung:		
KFZ-Versicherung:		
Hausratversicherung:		
Rechtsschutzversicherung:		
Tierversicherung:		