Gefährdungsmeldung Erwachsenenschutz

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so vollständig wie möglich aus. Sie helfen uns damit, die Situation einzuschätzen.

|  |
| --- |
| Betroffene Person |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Geburtsdatum |       | Beruf |            |
| Zivilstand | [ ]  ledig | [ ]  verheiratet | [ ]  geschieden | [ ]  verwitwet |
|  | [ ]  eingetragene bzw. faktische Partnerschaft |
| Sind folgende Dokumente vorhanden und wo befinden sie sich? |
| Vorsorgeauftrag | [ ]  nein | [ ]  ja,  |       |
| Patientenverfügung | [ ]  nein | [ ]  ja,  |       |

|  |
| --- |
| Meldende / antragstellende Person |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Funktion (bei Amts- / Fachstelle) |       |
| Erreichbarkeit |       Uhr bis       Uhr |

Ihre Beziehung / Verwandtschaftsgrad zur betroffenen Person

|  |
| --- |
|       |

Was melden oder beantragen Sie?

|  |
| --- |
|       |

Welche Probleme liegen vor?

|  |
| --- |
| [ ]  altersbedingter Schwächezustand |
| [ ]  Suchterkrankung |
| [ ]  psychische Störung |
| [ ]  geistige Behinderung |
| [ ]  somatische Erkrankung |
| [ ]  andere Gründe |       |

Welche Unterstützung braucht die betroffene Person aus Ihrer Sicht?

|  |
| --- |
|       |

Was wurde bereits unternommen? Was war erfolgreich, was nicht?

|  |
| --- |
|       |

Welche Stellen und Personen sind bereits involviert?

|  |
| --- |
|       |

Familiäre Situation der betroffenen Person

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ist ein/e Partner/in verstorben? | [ ]  nein | [ ]  ja,  |       |
| Hat die betroffene Person Kinder? | [ ]  nein | [ ]  ja,  |       |
| Besteht Kontakt zu den Kindern? | [ ]  nein | [ ]  ja |
| Wie ist das Verhältnis zu den Kindern? |       |

Beziehungsnetz der betroffenen Person

|  |
| --- |
| Welche Beziehungen sind eine Unterstützung, welche eine Belastung? Weshalb? |
|       |
|  |
| Welches ist die engste Vertrauensperson? |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |

Weshalb wird die Meldung zum jetzigen Zeitpunkt eingereicht?

|  |
| --- |
|       |

Wurde die betroffene Person über die Gefährdungsmeldung informiert?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  ja | Wie war deren Reaktion? |       |
| [ ]  nein |  |
|  |  |
| Was waren die Gründe, dass keine Information an die betroffene Person stattfand? |
|       |

|  |
| --- |
| Wer wurde sonst noch über die Meldung informiert? |
|       |
|  |
| Hat die Person regelmässig Kontakt zu Fachstellen? |
| [ ]  nein |  |
| [ ]  ja | zu welchen? | [ ]  Spitex |
|  |  | [ ]  Sozialdienst |
|  |  | [ ]  Pro Senectute |
|  |  | [ ]  Pro Infirmis |
|  |  | [ ]   |       |
|  |  | [ ]   |       |
|  |  | [ ]   |       |

Ist eine andere Stelle bereits mit Abklärungen befasst

(z.B. im Rahmen eines Strafverfahrens)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  ja | Bereits vorhandene Fakten / Unterlagen beilegen.      |
| [ ]  nein |  |

Gesundheitliche Situation der betroffenen Person

|  |
| --- |
|       |

Hausärztin / Hausarzt, Psychotherapeut/in, Psychiater/in der betroffenen Person

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |

Ist bei der Abklärung durch die Behörde etwas Besonderes zu beachten?

(z.B. Dolmetscher, Notunterkunft für Kinder usw.)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  ja |       |
| [ ]  nein |  |

Einschätzung der Dringlichkeit der Abklärung

|  |
| --- |
|       |

Anmerkungen

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift |

Beilagen

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular auszudrucken, zu unterschreiben und an die KESB Rheintal, Rathausplatz 2, 9450 Altstätten oder per E-Mail: rheintal@kesb.sg.ch, einzusenden.