

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.