Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft

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

|  |
| --- |
| Betroffene Person |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Geburtsdatum |       | Beruf |       |
| Zivilstand | [ ]  ledig | [ ]  verheiratet | [ ]  geschieden |
|  | [ ]  verwitwet | [ ]  eingetragene Partnerschaft |
| Wohnsituation | [ ]  Haus | [ ]  Wohnung | [ ]  Heim |
| Sind folgende Dokumente vorhanden und wo befinden sie sich bzw. wer wurde bevollmächtigt? |
| Vorsorgeauftrag | [ ]  nein | [ ]  ja,  |       |
| Sonstige Vollmachten | [ ]  nein | [ ]  ja,  |       |

|  |
| --- |
| Meldende / antragstellende Person |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Funktion (bei Amts- / Fachstelle) |       |
| Ihre Beziehung zur betroffenen Person |       |

|  |
| --- |
| Gesundheitliche Situation der betroffenen Person |
| [ ]  psychische Störung | [ ]  Suchterkrankung | [ ]  geistige Behinderung |
| [ ]  somatische Erkrankung | [ ]  altersbedingter Schwächezustand |
| weitere Bemerkungen |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| Involvierte medizinische Fachpersonen |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Rolle | [ ]  Hausarzt | [ ]  Psychiater / Psychotherapeut |
|  | [ ]  anderes |       |
|  |
| Name, Vorname |       |  |  |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Rolle | [ ]  Hausarzt | [ ]  Psychiater / Psychotherapeut |
|  | [ ]  anderes |       |

|  |
| --- |
| In welchen Bereichen benötigt die betroffene Person aus Ihrer Sicht Unterstützung (Wohnen, Gesundheit, Soziales, Tagesstruktur, Administration, Vermögensverwaltung etc.)? |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| Was wurde bereits unternommen? Welche Stellen und Personen sind bereits involviert? |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| Familiäre Situation der betroffenen Person |
| Hat die betroffene Person Kinder? | [ ]  nein | [ ]  ja, |       |
| Besteht Kontakt zu den Kindern? | [ ]  nein | [ ]  ja, |       |

|  |
| --- |
| Angehörige / Vertrauensperson |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Beziehung zur betroffenen Person |       |

|  |
| --- |
| Vorschlag für mögliche Beistandsperson |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Beziehung zur betroffenen Person |       |

|  |
| --- |
| Wurde die betroffene Person über den Antrag informiert? |
| [ ]  ja | Wie war deren Reaktion? |       |
| [ ]  nein |  |
| Falls nein: Was waren die Gründe, dass keine Information an die betroffene Person stattfand? |
|       |

Hinweis: Die betroffene Person wird von der KESB über diesen Antrag informiert.

|  |
| --- |
| Ist bei der Abklärung durch die Behörde etwas Besonderes zu beachten? (z.B. Dolmetscher) |
| [ ]  ja |       |
| [ ]  nein |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Unterschrift der betroffenen Person |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Unterschrift der antragstellenden Person |

Diesen Antrag, wenn möglich zusammen mit den ärztlich beantworteten Fragen, an folgende Adresse senden:

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Toggenburg

Bürohaus Soorpark

9606 Bütschwil

oder per Mail an toggenburg@kesb.sg.ch

Beilage zum Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft

|  |
| --- |
| für (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) |
|       |

Die folgenden Fragen betreffend die obenerwähnte Person sind durch den/die zuständige(n) Arzt/Ärztin z.Hd. der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Toggenburg, Bürohaus Soorpark, 9606 Bütschwil, zu beantworten:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Wie ist der gegenwärtige körperliche und geistige Gesundheitszustand der obenerwähnten Person? Steht bereits eine Diagnose fest? Kann schon etwas über den weiteren Verlauf gesagt werden? |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | Ist die obenerwähnte Person in der Lage, die Realität zu erfassen, kann er/sie planen, Entschlüsse fassen und diese durchsetzen (Urteilsfähigkeit)? |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. | Gibt es Lebensbereiche, in denen dies für ihn/sie nicht möglich ist; wenn ja welche? |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. | Kann die obenerwähnte Person noch selber einer geeigneten Person eine Vollmacht erteilen und beurteilen, ob diese seine/ihre Interessen ausreichend wahrnimmt? |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. | Kann dieser Bericht der obenerwähnten Person aus ärztlicher Sicht eröffnet werden? Wenn nein, warum nicht? |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. | Kann die obenerwähnte Person zur Anordnung einer Beistandschaft angehört werden? Ist er/sie in der Lage, den Sinn einer solchen Massnahme zu verstehen? |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. | Welche weiteren Vorschläge und Empfehlungen können Sie uns aus ärztlicher Sicht für die künftige Betreuung der obenerwähnten Person machen? |
|  |       |
|  |       |
|  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Stempel und Unterschrift des Arztes |