

## Antragsformular zur Errichtung einer Beistandschaft (Version für Fachstellen)

**Bitte prüfen Sie die Errichtung einer Beistandschaft für**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Hat die bezeichnete Person einen Vorsorgeauftrag errichtet? Wenn ja: Wo ist dieser hinterlegt?**

\_\_\_\_\_

**Hat die bezeichnete Person sonstige Vollmachten erteilt (wenn möglich beilegen)? Wenn ja, wem?**

\_\_\_\_\_

**In welchen Bereichen haben Sie die bezeichnete Person bisher unterstützt?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was hat dabei funktioniert? Was nicht?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**In welchen Belangen übersteigt der Betreuungsbedarf den Auftrag Ihrer Stelle?**

---

---

---

**Erfolgten Hausbesuche und in welcher Regelmässigkeit?**

---

---

---

**Grund für die Antragstellung**

(welche Aufgaben müsste der Beistand bzw. die Beiständin erfüllen?)

**Wohnen**

- Begleitung
- Vertretung ( mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
- Mitwirkung

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Wohnsituation: \_\_\_\_\_

**Gesundheit**

- Begleitung
- Vertretung

Bemerkungen \_\_\_\_\_

Behandelnde/r Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_  
(Adresse, PLZ/Ort)

---

---

Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Bildung / Erwerbstätigkeit / Tagesstruktur**

- Begleitung
- Vertretung ( mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
- Mitwirkung

Bemerkungen \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Soziales Umfeld / Vernetzung / Beziehungsgestaltung**

- Begleitung
- Vertretung

Bemerkungen \_\_\_\_\_

Angehörige \_\_\_\_\_  
(Adresse, PLZ/Ort, Telefonnr.)

Soziales Umfeld \_\_\_\_\_

Weitere bisherige freiwillige  
Begleitung/Unterstützung \_\_\_\_\_

**Administrative Angelegenheiten  
(Behörden, Ämter, (Sozial-)Versicherungen, Institutionen und Privatpersonen)**

- Begleitung
- Vertretung ( mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
- Mitwirkung

Bemerkungen \_\_\_\_\_

**Einkommens- und Vermögensverwaltung inkl. (Sozial-)Versicherungsleistungen**

- nur Einkommen     nur Vermögen     Einkommen und Vermögen

- Begleitung
- Vertretung ( mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
- Mitwirkung

**Wie gestaltet sich die Vermögenssituation?**

Monatliches Einkommen \_\_\_\_\_

Vermögen \_\_\_\_\_  
(Bankverbindung IBAN/  
oder Postkonto;  
ungefährer Vermögens-  
stand) \_\_\_\_\_

Immobilien \_\_\_\_\_

- Entzug des Zugriffs auf einzelne Vermögenswerte (Art. 395 Abs. 3 ZGB)  
Auf welche?

\_\_\_\_\_

- rechtliche Verfahren (Nachlass, Prozesse etc.)**
  - Begleitung
  - Vertretung ( mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
  - Mitwirkung

Beschreibung \_\_\_\_\_

- Anderes**
  - Begleitung
  - Vertretung ( mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit)
  - Mitwirkung

Bemerkungen \_\_\_\_\_

**Vorschläge für die Person des Beistandes bzw. Beiständin**

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Angaben zur antragstellenden Person bzw. Institution**

Institution \_\_\_\_\_

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

**Worin sehen Sie die Hilfsbedürftigkeit und Schutzbedürftigkeit der betroffenen Person?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allfällige abschliessende Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Institutionen, Einrichtungen, Personen waren bereits mit diesem Fall involviert?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Die betroffene Person ermächtigt hiermit alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Psychologen, Sozialarbeiter, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, Sozialversicherungen (AHV/IV/EO/ALV/MILV/ SUVA), öffentliche und private Versicherungen, sämtliche Amtsstellen (z.B. Steueramt, Betreibungsamt, Grundbuchamt usw.) Schule und Lehrer, öffentliche und private Sozialhilfeinstitutionen, Beratungsstellen usw. der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Toggenburg alle erforderlichen und gewünschten Auskünfte zu erteilen, Berichte zu erstellen und Akteneinsicht zu gewähren, die für die Prüfung und Anordnung von Kinderschutzmassnahmen benötigt werden.

Die Mitarbeitenden der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Toggenburg sind im Rahmen der Abklärung gegenüber den oben genannten Stellen ebenfalls von der amtlichen Schweigepflicht befreit, soweit dies für die Abklärung dienlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der betroffenen Person  
Falls nicht möglich, der Kontaktperson

**Diesen Antrag, wenn möglich zusammen mit den ärztlich beantworteten Fragen und einer Kopie der Identitätskarte der betreffenden Person, senden an:**

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) Toggenburg, Bürohaus Soorpark,  
Postfach 39, 9606 Bütschwil

# 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 (KESB) Toggenburg, Bürohaus Soorpark, Postfach 39, 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