

## Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft

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

### Bitte prüfen Sie die Errichtung einer Beistandschaft für:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Sind folgende Dokumente vorhanden und wo befinden sie sich? Entsprechende Kopien bitte mitsenden.

Vorsorgeauftrag \_\_\_\_\_

Patientenverfügung \_\_\_\_\_

sonstige Vollmachten \_\_\_\_\_

### Angaben zur antragstellenden Person:

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

Stelle/Funktion \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ihre Beziehung / Verwandtschaftsgrad zur betroffenen Person?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Probleme liegen aus Ihrer Sicht vor?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> altersbedingter Schwächezustand | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung        |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung           | <input type="checkbox"/> geistige Einschränkung |
| <input type="checkbox"/> körperliche Erkrankung          | <input type="checkbox"/> andere Gründe          |

Angaben zur gesundheitlichen Situation:

---

---

---

---

Name, Adresse, Telefon Hausarzt/Hausärztin, Psychotherapeut/in, Psychiater/in der betroffenen Person:

---

---

---

---

Angaben zur Wohnsituation der betroffenen Person:

---

---

---

---

Angaben zur beruflichen und finanziellen Situation der betroffenen Person:

---

---

---

---

Welche Unterstützung braucht die betroffene Person aus Ihrer Sicht?

---

---

---

---

Was wurde bereits unternommen? Was war erfolgreich, was nicht? / Warum wurde noch nichts unternommen?

---

---

---

---

Welche Stellen und Personen sind bereits involviert?

---

---

---

---

Familiäre Situation der betroffenen Person, Angaben Beziehungsnetz und Vertrauenspersonen (mit Adressen):

---

---

---

---

---

---

Wurde die betroffene Person über die Antragstellung informiert?

Ja

Nein

Falls nein, was waren die Gründe, dass keine Information stattfand?

---

---

---

---

Vorschläge für die Person des Beistandes bzw. Beiständin:

Vorname, Name 

---

Adresse, PLZ/Ort 

---

Geburtsdatum 

---

Telefonnummer 

---

Weitere Bemerkungen:

---

---

---

---

**Information über Gebühren:**

Die Anordnung einer Erwachsenenschutzmassnahme ist gebührenpflichtig. Folgende Positionen des Gebührentarifs für die Kantons- und Gemeindeverwaltung (sGS 821.5) werden angewendet:

Nr. 51.06	
Beschluss betreffend Anordnung einer Erwachsenenschutzmassnahme	CHF 200.00 bis 3'000.00
Nr. 51.09	
Aufnahme des Inventars	CHF 100.00 bis 1'500.00

**Information bezüglich Vermögensanlage:**

Für die Anlage und die Aufbewahrung der Vermögenswerte, welche im Rahmen einer Beistandschaft verwaltet werden, sind die Bestimmungen der „Verordnung über die Vermögensverwaltung im Rahmen einer Beistandschaft oder Vormundschaft (VBVV)“ massgebend. Die Bestimmungen sind von der KESB von Gesetzes wegen anzuwenden.

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

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

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

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Wil-Uzwil, Raiffeisenplatz 2, 9244 Niederuzwil

# 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 Wil-Uzwil, Raiffeisenplatz 2, 9244 Niederuzwil, 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 sie planen, Entschlüsse fassen und diese durchsetzen (Urteilsfähigkeit)?

---

---

---

---

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

---

---

---

---

4. Kann die obenerwähnte Person noch selber einer geeigneten Person eine Vollmacht erteilen und beurteilen, ob diese 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 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