

Antrag auf Validierung eines Vorsorgeauftrages

Bitte prüfen Sie die Validierung eines Vorsorgeauftrages für

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Wo hat die bezeichnete Person einen Vorsorgeauftrag hinterlegt?

Wenn vorhanden: Bitte im Original beilegen.

Hat die bezeichnete Person sonstige Vollmachten erteilt (wenn möglich beilegen)?

Wenn ja, wem?

Grund für die Antragstellung

(welche Aufgaben müsste der / die Vorsorgebeauftragte erfüllen?)

Wohnen

Gesundheit

Bildung / Erwerbstätigkeit / Tagesstruktur

Soziales Umfeld / Vernetzung / Beziehungsgestaltung

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

Einkommens- und Vermögensverwaltung inkl. (Sozial-)Versicherungsleistungen

Wie gestaltet sich die Vermögenssituation?

Monatliches Einkommen

Vermögen
(Bankverbindung IBAN/
oder Postkonto;
ungefährer Vermögensstand)

Immobilien

rechtliche Verfahren (Nachlass, Prozesse etc.)

Anderes

Bemerkungen

Angaben zur antragstellenden Person

Name, Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Angaben zur vorsorgebeauftragten Person

Name, Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Wer ist schon in diesen Fall involviert (Beratungsstelle, Bevollmächtigte, etc.)?

Worin sehen Sie die Hilfsbedürftigkeit und Schutzbedürftigkeit der betroffenen Person?

Die betroffene Person ermächtigt hiermit sämtliche behandelnden Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Hebammen sowie deren Hilfspersonen, Psychologen / Psychiater, Spitäler / Kliniken, öffentliche und private Versicherungen der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde alle erforderlichen und gewünschten Auskünfte zu erteilen, Berichte zu erstellen und Akteneinsicht zu gewähren, die für die Prüfung und Anordnung von Massnahmen benötigt werden. Von der gesetzlichen Mitwirkungspflicht und Amtshilfe gemäss Art. 448 ZGB, wonach die am Verfahren beteiligten Personen und Dritte zur Mitwirkung verpflichtet sind und Verwaltungsbehörden und Gerichte die notwendigen Akten herausgeben und Bericht erstatten, wird Kenntnis genommen.

Die Mitarbeitenden der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde 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 sowie eines aktuellen Straf- und Betreibungsregistrauszuges des vorgesehenen Vorsorgebeauftragten an die zuständige KESB (am Wohnsitz der betroffenen Person) senden.

Die Adresse der zuständigen KESB finden Sie hier: <https://www.kesb.sg.ch/kontakt>

Beilage zur Validierung eines Vorsorgeauftrages

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, 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 Validierung eines Vorsorgeauftrages angehört werden? Ist er / sie in der Lage, den Sinn einer solchen Massnahme zu verstehen?**

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

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes / der
Ärztin