kesb

Kindes- und
Erwachsenenschutzbehörden
Kanton St. Gallen

Antrag auf Prüfung einer Erwachsenenschutzmassnahme

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

Hinweis: Sollte eine vorgängige Einschätzung hilfreich sein, können Sie mit der zuständigen KESB am Wohnsitz der betroffenen Person telefonisch Kontakt aufnehmen.

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 / Hausärztin ☐ Psychiater / Psychiaterin bzw. Psychotherapeut / Psychotherapeutin

☐ anderes:

Name, Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

Rolle: ☐ Hausarzt / Hausärztin ☐ Psychiater / Psychiaterin bzw. Psychotherapeut / Psychotherapeutin

☐ anderes:

Familiäre Situation der betroffenen Person

Hat die betroffene Person Kinder? ☐ nein ☐ ja,

Besteht Kontakt zu den Kindern? ☐ nein ☐ ja,

Angehörige / Vertrauensperson (falls vorhanden und bekannt)

Name, Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

Beziehung zur betroffenen Person:

In welchen Bereichen benötigt die betroffene Person aus Ihrer Sicht Unterstützung?

(Wohnen, Gesundheit, Soziales, Tagesstruktur, Administration, Vermögensverwaltung etc.)

Was wurde bereits unternommen, um der betroffenen Person zu helfen?

Wurden vorgelagerte Unterstützungsdienste wie beispielsweise:

☐ Jugendberatung (für junge Erwachsene bis zum Alter von circa 23)

☐ Pro Senectute (für Menschen im Alter von 60+)

☐ Pro Infirmis (für Personen mit hängiger IV-Anmeldung oder -Rente)

☐ Budget- und Schuldenberatung bspw. bei der Frauenzentrale (www.fzsg.ch) oder Caritas

☐ freiwillige Sozialdienste der Kirchen (www.ref-sg.ch / www.sozialdienste.kathsg.ch)

☐ andere:

bereits in Anspruch genommen? Wieso hat die Unterstützung nicht gereicht? Wenn ja, bitte Stelle, zuständige Person und Kontaktangaben einfügen.

Hinweis: Die KESB errichtet nur eine Beistandschaft, wenn die Unterstützung der hilfsbedürftigen Person durch die Familie, andere nahestehende Personen oder private oder öffentliche Dienste nicht ausreicht oder von vornherein als ungenügend erscheint.

Weshalb wird die Meldung zum jetzigen Zeitpunkt eingereicht?

Vorschlag für mögliche Beistandsperson

Name, Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

Beziehung zur betroffenen Person

Was sind Ihre Erwartungen an die KESB? Welche Aufgaben muss eine Beistandsperson Ihres Erachtens übernehmen?

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

Ist die Situation dringlich? Falls ja: Wieso?

☐ ja,

☐ nein

Ort / Datum	Unterschrift der betroffenen Person
Ort / Datum	Unterschrift der antragstellenden Person

Diesen Antrag, wenn möglich zusammen mit den ärztlich beantworteten Fragen und/oder Schweigepflichtsentbindung, per Post an die zuständige KESB (am Wohnsitz der betroffenen Person) senden.

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

Information zu Kosten und Entschädigung

Verfahren bei der Erwachsenenschutzbehörde sind grundsätzlich kostenpflichtig. Die Kosten bestehen aus einer Gebühr und den angefallenen Barauslagen (bspw. Kosten für einen eingeholten Arztbericht). Es wird der kantonale Gebührentarif für die Kantons- und Gemeindeverwaltung (GebT; sGS 821.5) angewendet. Der Gebührenrahmen für einen Beschluss betreffend Anordnung einer Erwachsenenschutzmassnahme beträgt zwischen CHF 200.00 bis CHF 3'000.00. Bei Errichtung einer Beistandschaft steht der Beistandsperson eine Entschädigung sowie ein Spesenersatz zu. Bei einer Beistandschaft mit Einkommens- und Vermögensverwaltung beträgt die Entschädigung aktuell CHF 3'000.00 für einen Zeitraum von zwei Jahren und CHF 700.00 pauschale Spesenentschädigung. Die Entschädigung und Spesen werden dem Vermögen der betroffenen Person belastet, wenn dieses die Vermögensfreigrenze gemäss der kantonalen Verordnung über die Entschädigung und den Spesenersatz bei Beistandschaften (VESB; sGS 912.51) überschreitet.

Beilagen:

- Medizinischer Bericht
- Schweigepflichtsentbindung

Medizinischer Bericht

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. **Wann fand die letzte medizinische Konsultation statt? Seit wann befindet sich die obenerwähnte Person bei Ihnen in Behandlung?**

---

2. **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?**

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

8. 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 oder der Ärztin

kesb
Kindes- und
Erwachsenenschutzbehörden
Kanton St. Gallen

Schweigepflichtentbindung

Von der betroffenen Person auszufüllen!

Der / die Unterzeichnende

Name / Vorname / Geburtsdatum

---

ermächtigt hiermit Ärztinnen und Ärzte, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, Spitäler und dergleichen sowie deren jeweiligen Hilfspersonen, der

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde

Bitte zuständige KESB auswählen:

alle erforderlichen und gewünschten Auskünfte zu erteilen, Berichte zu erstellen und Akteneinsicht zu gewähren, die für die Prüfung und Anordnung von zivilrechtlichen Erwachsenenschutzmassnahmen benötigt werden.
Die Mitarbeitenden der KESB werden durch meine Unterschrift gegenüber den obengenannten Stellen ebenfalls von der amtlichen Schweigepflicht befreit, soweit dies für die Abklärung dienlich ist.

Ich nehme zur Kenntnis, dass weitere am Verfahren beteiligte Personen und Dritte (z.B. Fachstellen) gemäss Art. 448 ZGB zur Mitwirkung mit der KESB verpflichtet sind und der KESB Auskunft erteilen müssen.

Die erstellte Entbindung endet mit Abschluss des Verfahrens.

Ort / Datum

Unterschrift