Gefährdungsmeldung Erwachsenenschutz

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Betroffene Person | | | | | | | | | |
| Name, Vorname |  | | | | | | | |
| Adresse |  | | | PLZ, Ort | | |  | |
| Telefon |  | | | E-Mail | | |  | |
| Geburtsdatum |  | | | Beruf | | |  | |
| Zivilstand | ledig | | verheiratet | | geschieden | | | verwitwet |
|  | eingetragene bzw. faktische Partnerschaft | | | | | | | |
| Sind folgende Dokumente vorhanden und wo befinden sie sich? | | | | | | | | |
| Vorsorgeauftrag | | nein | | ja, | |  | | |
| Patientenverfügung | | nein | | ja, | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Meldende / antragstellende Person | | | | | |
| Name, Vorname |  | | | |
| Adresse |  | | PLZ, Ort |  |
| Telefon |  | | E-Mail |  |
| Funktion (bei Amts- / Fachstelle) | |  | | |
| Erreichbarkeit | | Uhr bis       Uhr | | |

Ihre Beziehung / Verwandtschaftsgrad zur betroffenen Person

|  |
| --- |
|  |

Was melden oder beantragen Sie?

|  |
| --- |
|  |

Welche Probleme liegen vor?

|  |  |
| --- | --- |
| altersbedingter Schwächezustand | |
| Suchterkrankung | |
| psychische Störung | |
| geistige Behinderung | |
| somatische Erkrankung | |
| andere Gründe |  |

Welche Unterstützung braucht die betroffene Person aus Ihrer Sicht?

|  |
| --- |
|  |

Was wurde bereits unternommen? Was war erfolgreich, was nicht?

|  |
| --- |
|  |

Welche Stellen und Personen sind bereits involviert?

|  |
| --- |
|  |

Familiäre Situation der betroffenen Person

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ist ein/e Partner/in verstorben? | nein | ja, |  |
| Hat die betroffene Person Kinder? | nein | ja, |  |
| Besteht Kontakt zu den Kindern? | nein | ja | |
| Wie ist das Verhältnis zu den Kindern? |  | | |

Beziehungsnetz der betroffenen Person

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Welche Beziehungen sind eine Unterstützung, welche eine Belastung? Weshalb? | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Welches ist die engste Vertrauensperson? | | | |
| Name, Vorname |  | | |
| Adresse |  | PLZ, Ort |  |
| Telefon |  | E-Mail |  |

Weshalb wird die Meldung zum jetzigen Zeitpunkt eingereicht?

|  |
| --- |
|  |

Wurde die betroffene Person über die Gefährdungsmeldung informiert?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ja | Wie war deren Reaktion? |  |
| nein |  | |
|  |  | |
| Was waren die Gründe, dass keine Information an die betroffene Person stattfand? | | |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wer wurde sonst noch über die Meldung informiert? | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Hat die Person regelmässig Kontakt zu Fachstellen? | | | |
| nein |  | | |
| ja | zu welchen? | Spitex | |
|  |  | Sozialdienst | |
|  |  | Pro Senectute | |
|  |  | Pro Infirmis | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Ist eine andere Stelle bereits mit Abklärungen befasst

(z.B. im Rahmen eines Strafverfahrens)

|  |  |
| --- | --- |
| ja | Bereits vorhandene Fakten / Unterlagen beilegen. |
| nein |  |

Gesundheitliche Situation der betroffenen Person

|  |
| --- |
|  |

Hausärztin / Hausarzt, Psychotherapeut/in, Psychiater/in der betroffenen Person

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  | | |
| Adresse |  | PLZ, Ort |  |
| Telefon |  | E-Mail |  |

Ist bei der Abklärung durch die Behörde etwas Besonderes zu beachten?

(z.B. Dolmetscher, Notunterkunft für Kinder usw.)

|  |  |
| --- | --- |
| ja |  |
| nein |  |

Einschätzung der Dringlichkeit der Abklärung

|  |
| --- |
|  |

Anmerkungen

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum | | Unterschrift |

Beilagen

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular auszudrucken, zu unterschreiben und an die KESB Rheintal, Rathausplatz 2, 9450 Altstätten oder per E-Mail: rheintal@kesb.sg.ch, einzusenden.