Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | Psychiater / Psychotherapeut | |
|  | anderes |  | | |
|  | | | | | |
| Name, Vorname |  | |  |  | |
| Adresse |  | | PLZ, Ort |  | |
| Telefon |  | | E-Mail |  | |
| Rolle | Hausarzt | | Psychiater / Psychotherapeut | |
|  | anderes |  | | |

|  |
| --- |
| In welchen Bereichen benötigt die betroffene Person aus Ihrer Sicht Unterstützung (Wohnen, Gesundheit, Soziales, Tagesstruktur, Administration, Vermögensverwaltung etc.)? |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Was wurde bereits unternommen? Welche Stellen und Personen sind bereits involviert? |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familiäre Situation der betroffenen Person | | | |
| Hat die betroffene Person Kinder? | nein | ja, |  |
| Besteht Kontakt zu den Kindern? | nein | ja, |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Angehörige / Vertrauensperson | | | | |
| Name, Vorname |  | | | |
| Adresse |  | | PLZ, Ort |  |
| Telefon |  | | E-Mail |  |
| Beziehung zur betroffenen Person | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorschlag für mögliche Beistandsperson | | | | |
| Name, Vorname |  | | | |
| Adresse |  | | PLZ, Ort |  |
| Telefon |  | | E-Mail |  |
| Beziehung zur betroffenen Person | |  | | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Unterschrift der betroffenen Person |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Unterschrift der antragstellenden Person |

Diesen Antrag, wenn möglich zusammen mit den ärztlich beantworteten Fragen, an folgende Adresse senden:

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Toggenburg

Bürohaus Soorpark

9606 Bütschwil

oder per Mail an toggenburg@kesb.sg.ch

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 Toggenburg, Bürohaus Soorpark, 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 |