

Antrag auf Prüfung einer Erwachsenenenschutzmassnahme

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

Hinweis: Bitte nehmen Sie vor Einreichung des Antrags unter 071 224 54 77 mit der KESB Region St.Gallen Kontakt auf, damit unser Telefondienst mit Ihnen eine Einschätzung vornehmen kann.

Betroffene Person

Name, Vorname			
Adresse		PLZ, Ort	
Telefon		E-Mail	
Geburtsdatum		Beruf	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft		
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Heim		
Sind folgende Dokumente vorhanden und wo befinden sie sich bzw. wer wurde bevollmächtigt?			
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	
Sonstige Vollmachten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> psychische Störung	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung
<input type="checkbox"/> somatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> altersbedingter Schwächezustand	
weitere Bemerkungen:		

Allenfalls bereits involvierte medizinische Fachpersonen

Name, Vorname			
Adresse		PLZ, Ort	
Telefon		E-Mail	
Rolle	<input type="checkbox"/> Hausarzt / Hausärztin <input type="checkbox"/> Psychiater / Psychiaterin bzw. Psychotherapeut / Psychotherapeutin <input type="checkbox"/> anderes:		

Name, Vorname			
Adresse		PLZ, Ort	
Telefon		E-Mail	
Rolle	<input type="checkbox"/> Hausarzt / Hausärztin <input type="checkbox"/> Psychiater / Psychiaterin bzw. Psychotherapeut / Psychotherapeutin <input type="checkbox"/> anderes:		

Familiäre Situation der betroffenen Person

Hat die betroffene Person Kinder?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Besteht Kontakt zu den Kindern?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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 tipp (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?

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?

<input type="checkbox"/> ja	Wie war deren Reaktion?	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> nein	

Ist die Situation dringlich? Falls ja: Wieso?	
<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> 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 folgende Adresse senden:

KESB Region St.Gallen, Bahnhofplatz 1, 9001 St.Gallen

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

Hinweis: Die Kosten dieses Berichts sind der betroffenen Person in Rechnung zu stellen.

für (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

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

Von der betroffenen Person auszufüllen!

kesb

Kindes- und
Erwachsenenschutzbehörde
Region St.Gallen

Schweigepflichtentbindung

Der/die Unterzeichnende

kesb@stadt.sg.ch
www.kesb.sg.ch

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 Region St.Gallen
Bahnhofplatz 1
Postfach 23
9001 St.Gallen

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 Region St.Gallen werden durch meine Unterschrift gegenüber den oben genannten 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
