

Meldung Erwachsenenschutz

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

Um dieses Formular auszufüllen, empfehlen wir Ihnen, den Adobe Acrobat Reader zu benutzen. Die Bearbeitung im Web-Browser (Chrome, Firefox, usw.) kann zu Fehlern führen. Der Adobe Acrobat Reader ist kostenlos. Er kann [hier](#) heruntergeladen werden..

Selbstverständlich können Sie uns Gefährdungsmeldungen auch mit einem einfachen Schreiben einreichen.

Betroffene Person

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Postadresse	
PLZ/Ort	
Telefon	
E-Mail	
Zivilstand	
Beruf, Erwerbssituation	

Sind folgende Dokumente vorhanden und
wo befinden sie sich?

☐

Vorsorgeauftrag

☐

Patientenverfügung

Meldende/antragstellende Person

Name, Vorname	
Stelle/Funktion	
Postadresse	
PLZ/Ort	
Telefon	
E-Mail	
Erreichbarkeit	

Ihre Beziehung / Verwandschaftsgrad zur betroffenen Person

Was melden oder beantragen Sie?

Welche Probleme liegen aus Ihrer Sicht vor?

☐

altersbedingter Schwächezustand

☐

Suchterkrankung

☐

psychische Störung

☐

geistige Behinderung

☐

somatische Erkrankung

☐

andere Gründe

Bemerkungen:

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?

Der Zivilstand der betroffenen Person ist

...

☐

der/die Partner/in ist verstorben am:

☐

die betroffene Person hat Kinder

☐

es besteht Kontakt zu allen oder zu einem Teil der Kinder

☐

das Verhältnis zu den Kindern ist gut

☐

es bestehen unverteilte Erbschaften

Bemerkungen:

Beziehungsnetz der betroffenen Person:

Welche Beziehungen sind eine Unterstützung, welche eine Belastung? Weshalb? Welches ist die engste Vertrauensperson?

Weshalb wird die Meldung zum jetzigen Zeitpunkt eingereicht?

Wurde die betroffene Person über die Gefährdungsmeldung informiert?

☐

Ja, wann?

☐

Nein

Falls ja: wie war deren Reaktion?

Falls nein, was waren die Gründe, dass keine Information stattfand?

Wer wurde sonst noch über die Meldung informiert?

Hat die Person regelmässig Kontakt zu Fachstellen? Wenn ja, zu welchen (z.B. Spitex, Sozialdienst, Pro Senectute, Pro Infirmis, etc.)?

Ist eine andere Stelle bereits mit Abklärungen
befasst? (z.B. im Rahmen eines Strafverfahrens)

☐

Ja, welche?

☐

Nein

Gesundheitliche Situation der betroffenen Person:

Name, Adresse, Telefon Hausarzt/Hausärztin, Psychotherapeut/in, Psychiater/in der betroffenen Person:

Ist bei der Abklärung durch die Behörde etwas besonderes zu beachten? (z.B. Übersetzung)

Weitere Anmerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift

Beilagen

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die betroffene Person grundsätzlich erfährt, wessen Meldung das Verfahren bei der KESB ausgelöst hat.

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular auszudrucken, zu unterschreiben und per Post an die [zuständige KESB \(gemäss Wohnort der gefährdeten Person\)](#) einzusenden. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie ausdrücklich, das ausgefüllte Formular NICHT per E-Mail an die KESB zu senden.