

Antrag auf eine Beistandschaft (Art. 393ff. ZGB)

an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Region St.Gallen, Bahnhofplatz 1, Postfach 23, 9001 St.Gallen

Bitte prüfen Sie die Errichtung einer Beistandschaft für (Name, Vorname, Adresse, Geb., Tel.):

Grund für die Antragstellung (welche Aufgaben müsste der Beistand / die Beiständin erfüllen?):

Behandelnde/r Arzt/Ärztin (wo die KESB einen Arztbericht einholen kann):

Krankenkasse:

Arbeitgeber:

Finanzielle Verhältnisse (soweit bekannt - wenn möglich Bankauszüge beilegen):

- Monatliches Einkommen (Zusammensetzung):
- Aktueller Vermögensstand / Schulden:
- Bankverbindung / Postkonto:

Angehörige (Name, Vorname, Adresse, Tel.):

Erteilte Vollmachten (wenn möglich beilegen):

Vorschläge für die Person des Beistands / der Beiständin (Name, Vorname, Adresse, Geb., Tel.):

Bemerkungen (Wohnsituation, soziales Umfeld, bisherige Hilfeleistungen, etc.):

Kontaktadresse:

(Ort, Datum)

(Unterschrift der zu verbeiständenden Person,
falls nicht möglich, die der Kontaktperson)

Bitte senden Sie diesen Antrag an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Region St.Gallen (Adresse siehe oben). Falls vorhanden, legen Sie bitte das vom Arzt / der Ärztin ausgefüllte Formular Arztbericht bei.

1. Wie ist der gegenwärtige körperliche und geistige Gesundheitszustand von ?
Liegt bei ihm/ihr eine der folgenden Diagnosen vor (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

- ☐ Geistige oder psychische Erkrankung
- ☐ Persönlichkeitsstörung beträchtlichen Ausmasses
- ☐ Stark ausgeprägte Lernschwäche
- ☐ Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- ☐ Beeinträchtigung der Hirnfunktion infolge organischer Erkrankung
- ☐

Falls ja, bitten wir um entsprechende Präzisierung (Auswirkungen, weiterer Verlauf, etc.)

2. Wie wirkt sich obige Diagnose auf die Alltagsbewältigung von aus?
3. Inwiefern ist in der Lage, die Realität zu erfassen, zu planen, Entschlüsse zu fassen und diese durchzusetzen?
4. **Evtl.** Inwiefern muss vor seinen/ihren eigenen Handlungen oder vor Dritten (Beeinflussbarkeit) geschützt werden? Ist Ihrer Ansicht nach eine Einschränkung der Handlungsfähigkeit notwendig?
5. Kann trotz Wählen Sie ein Element aus. Schwächezustandes noch selber einer geeigneten Person eine Vollmacht erteilen und beurteilen, ob diese Wählen Sie ein Element aus. Interessen ausreichend wahrnimmt, d.h. kann Wählen Sie ein Element aus. diese wenigstens grundsätzlich kontrollieren und überwachen?
6. Darf dieser Bericht aus ärztlicher Sicht eröffnet werden? Wenn nein, warum nicht?
7. Darf zur Anordnung einer Beistandschaft angehört werden? Ist Wählen Sie ein Element aus. 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 von machen?

Ort und Datum

Adresse/Unterschrift des Arztes/der Ärztin