



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

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

<b>Angaben zur Fachstelle, welche die Meldung erstattet:</b>	
Name Institution:	
Zuständige Person:	
Adresse:	
Telefonnummer	
Email	
Erreichbarkeit:	

<b>Angaben zur betroffenen Person:</b>	
Name:	
Vorname/n:	
Adresse:	
Telefonnummer/n:	
Geburtsdatum:	

1. In welchen Bereichen haben Sie die bezeichnete Person bisher unterstützt? Weshalb?
2. Was hat funktioniert? Was nicht?
3. In welchen Belangen übersteigt der Betreuungsbedarf den Auftrag Ihrer Stelle?
4. Sind bereits andere Stellen mit der Unterstützung der betroffenen Person befasst? Wenn ja, welche?
5. Welche Aufgaben müsste der Beistand / die Beiständin erfüllen?

**kesb**

Kindes- und  
Erwachsenenschutzbehörde  
**Region St.Gallen**

6. Weiss die betroffene Person von der Gefährdungsmeldung?

Ja  nein

7. Behandelnder Arzt / Ärztin (Name und Adresse):

(bei dem die KESB einen Arztbericht einholen kann)

8. Krankenkasse:

9. Arbeitgeber:

10. Finanzielle Verhältnisse (soweit bekannt - wenn möglich Bankauszüge beilegen)

– Monatliches Einkommen (Zusammensetzung):

– Aktueller Vermögensstand / Schulden:

– Bankverbindung / Postkonto:

11. Angehörige (Name, Vorname, Geb.datum, Telefonnummer):

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

13. Vorschläge für die Person des Beistands / der Beiständin (Name, Vorname, Adresse, Geb.- Datum, Telefonnummer):

14. Weitere Angaben, sofern bekannt:

a) Hat die bezeichnete Person einen Vorsorgeauftrag errichtet? Wenn ja, wo ist dieser hinterlegt?

b) Hat die bezeichnete Person Vollmachten erteilt? Wenn ja, wem? (wenn möglich beilegen)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

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

Bitte senden Sie diesen Antrag an die Kindes- u. Erwachsenenschutzbehörde (Adresse siehe oben). Falls vorhanden, legen Sie bitte das vom Arzt / der Ärztin ausgefüllte Formular Arztbericht bei.  
**Arztbericht betr. Beistandschaft Art. 393ff. ZGB**

**kesb**

Kindes- und  
Erwachsenenschutzbehörde  
**Region St.Gallen**

Eggersriet, Haggenschwil, Muolen, St.Gallen, Wittenbach

Im Zusammenhang mit der Prüfung einer Beistandschaft für die nachbezeichnete Person ( ) bitten wir Sie, die untenstehenden Fragen zu beantworten. Bitte beachten Sie, dass wir nicht einen gutachtlichen Bericht mit Interpretationen erwarten, sondern einen Arztbericht, aus dem Ihre Befunde hervorgehen.

**Name/Vorname**..... **geb.**.....  
**Adresse** .....

1. Wie ist der gegenwärtige körperliche und geistige Gesundheitszustand von  
? Kann schon etwas über den weiteren Verlauf gesagt werden?
  
2. Ist in der Lage, die Realität zu erfassen, kann er/sie planen, Entschlüsse fassen und diese durchsetzen?
  
3. Gibt es Lebensbereiche, in denen dies nicht möglich ist; wenn ja, welche?
  
4. Kann trotz ihres/seines Schwächezustandes noch selber einer geeigneten Person eine Vollmacht erteilen und beurteilen, ob diese ihre/seine Interessen ausreichend wahrnimmt, d.h. kann sie/er diese wenigstens grundsätzlich kontrollieren und überwachen?
  
5. Darf dieser Bericht aus ärztlicher Sicht eröffnet werden? Wenn nein, warum nicht?
  
6. Darf 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 von machen?

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
(Adresse/Unterschrift des Arztes/der Ärztin)

**kesb**

Kindes- und  
Erwachsenenschutzbehörde  
**Region St.Gallen**

Eggersriet, Haggenschwil, Muolen, St.Gallen, Wittenbach