**Ärztlicher Bericht**

betreffend

**Name, Vorname, Geburtsdatum, Heimatort und Adresse der betroffenen Person;**

in Ergänzung zur Meldung vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

**Schwächezustand**

Wie ist der gegenwärtige körperliche und psychische bzw. geistige Gesundheitszustand der betroffenen Person?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Worin ist ihr/sein Schwächezustand begründet?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wie steht es um Behandlung und Medikation der betroffenen Person?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Schutzbedürftigkeit und Subsidiarität**

Hinsichtlich welcher der unten stehenden Angelegenheiten ist die betroffene Person auf Unterstützung angewiesen:

*Wohnen/Unterkunft:*

[ ]  Die betroffene Person kann sich selber um diese Angelegenheit kümmern.

[ ]  Die betroffene Person ist in der Lage eine geeignete Person auszuwählen und kann beurteilen, ob diese ihre/seine Interessen wahrnimmt.

[ ]  Die betroffene Person ist in diesem Punkt nicht urteilsfähig und braucht eine Vertretung.

*Gesundheitliches Wohl und hinreichende medizinische Betreuung:*

[ ]  Die betroffene Person kann sich selber um diese Angelegenheit kümmern.

[ ]  Die betroffene Person ist in der Lage eine geeignete Person auszuwählen und kann beurteilen, ob diese ihre/seine Interessen wahrnimmt.

[ ]  Die betroffene Person ist in diesem Punkt nicht urteilsfähig und braucht eine Vertretung.

*Administrative Angelegenheiten und Verkehr mit Behörden, Versicherungen und Ämtern:*

[ ]  Die betroffene Person kann sich selber um diese Angelegenheiten kümmern.

[ ]  Die betroffene Person ist in der Lage eine geeignete Person auszuwählen und kann beurteilen, ob diese ihre/seine Interessen wahrnimmt.

[ ]  Die betroffene Person ist in diesem Punkt nicht urteilsfähig und braucht eine Vertretung.

*Verwaltung von Einkommen und Vermögen:*

[ ]  Die betroffene Person kann sich selber um diese Angelegenheiten kümmern.

[ ]  Die betroffene Person ist in der Lage eine geeignete Person auszuwählen und kann beurteilen, ob diese ihre/seine Interessen wahrnimmt.

[ ]  Die betroffene Person ist in diesem Punkt nicht urteilsfähig und braucht eine Vertretung.

*Soziales Wohl:*

[ ]  Die betroffene Person kann sich selber um diese Angelegenheiten kümmern.

[ ]  Die betroffene Person ist in der Lage eine geeignete Person auszuwählen und kann beurteilen, ob diese ihre/seine Interessen wahrnimmt.

[ ]  Die betroffene Person ist in diesem Punkt nicht urteilsfähig und braucht eine Vertretung.

Anmerkungen/Ergänzungen:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ort und Datum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Unterschrift:

Für allfällige Rückfragen:

Kontaktadresse und Erreichbarkeit:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Tel: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.