

Meldung über die Hilfsbedürftigkeit einer erwachsenen Person

«Jede Person kann der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Meldung erstatten, wenn eine Person hilfsbedürftig erscheint. Wer in amtlicher Tätigkeit von einer solchen Person erfährt, ist meldepflichtig (Art. 443 ZGB).»

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

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

nicht bekannt

Meldende/antragstellende Person

Name, Vorname

Stelle/Funktion
(bei Amts-/Fachstelle)

Postadresse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Erreichbarkeit

Ihre Beziehung / Verwandtschaftsgrad 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
Meldung 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

nicht bekannt

Gesundheitliche Situation der betroffenen Person:

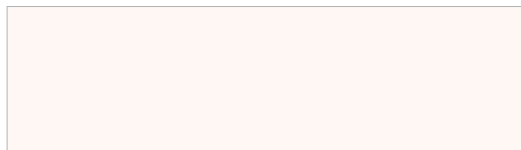
Name, Adresse, Telefon Hausarzt/Hausärztin, Psychotherapeut/in, Psychiater/in der betroffenen Person:

Ist bei der Abklärung durch die Behörde etwas besonderes zu beachten? (z.B. Dolmetscher/-in)

Weitere Anmerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift



Beilagen

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

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular auszudrucken, zu unterschreiben und an die zuständige KESB einzusenden. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie ausdrücklich, das ausgefüllte Formular NICHT mit E-Mail an die KESB zu senden (Deckblatt mit Adresse im Anhang).

KESB Winterthur-Andelfingen

Bahnhofplatz 17

8403 Winterthur

KESB Winterthur-Andelfingen

Bahnhofplatz 17

8403 Winterthur