

Meldung Erwachsenenschutz

I. Personalien zur betroffenen Person

Name und Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

Telefon / Mobile /

Email

Aufenthaltort

Beruf

Zivilstand *Wählen Sie ein Element aus.*

Name des Ehepartners / Partners

Sind folgende Dokumente vorhanden und wo befinden sie sich? Vorsorgeauftrag
 Patientenverfügung

2. Personalien zur meldenden/antragsstellenden Person

Name und Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Telefon / Mobile /

Email

Funktion

(bei Amts-/Fachstelle)

Erreichbarkeit

Beziehung zur betroffenen Person

3. Meldung

Welche Probleme liegen vor:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altersbedingter Schwächezustand | <input type="checkbox"/> Adoleszent-Krise / mangelnde Reife / Unerfahrenheit |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> Mangelhafte Einkommens-/ Vermögensverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Vorübergehende Urteilsunfähigkeit / Abwesenheit |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | |
| <input type="checkbox"/> Somatische Erkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Andere Gründe | |

Welche Unterstützung benötigt die betroffene Person aus Ihrer Sicht?

Was wurde bereits unternommen?

Welche Stellen und Personen sind bereits involviert?

4. Familiäre Situation der betroffenen Person:

Kinder:

- nein
 ja
- Name und Vorname:
Adresse und Ort:
Geburtsdatum

Name und Vorname:
Adresse und Ort
Geburtsdatum

Besteht Kontakt zu dem/n Kind/ern?

- nein ja

Wie ist das Verhältnis zu den Kindern:

Bestehen unverteilter Erbschaften:

- nein ja

5. Beziehungsnetz der betroffenen Person

Welche Beziehungen sind eine Unterstützung, weshalb?

Welche Beziehungen eine Belastung, weshalb?

Welches ist die engste Vertrauensperson?

6. Weitere Angaben

Weshalb wird die Meldung zum jetzigen Zeitpunkt eingereicht?

Wurde die betroffene Person über die Gefährdungsmeldung informiert?

ja nein

Falls ja, wie war deren Reaktion?

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

Wer wurde noch über die Meldung informiert?

Hat die Person regelmässigen Kontakt zu Fachstellen?

ja nein

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)?

7. Gesundheitliche Situation der betroffenen Person

Wie steht es um die gesundheitliche Situation?

Hausarzt/Hausärztin, Psychotherapeut/in, Psychiater/in der betroffenen Person:

Name und Vorname:

Adresse und Ort:

Ist bei der Abklärung durch die Behörde etwas Besonderes zu beachten?

(z.B. Dolmetscher)

8. Einschätzung der Dringlichkeit der Abklärung und weshalb

Dringlichkeit: *Wählen Sie ein Element aus.*

Grund:

9. Anmerkungen

Ort/Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie das ausgefüllte Formular auszudrucken, zu unterzeichnen und an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Bezirk Meilen, Dorfstrasse 7, Postfach 332, 8700 Küsnacht, einzusenden. Zudem machen wir Sie darauf aufmerksam, dass die betroffene Person in aller Regel erfährt, wessen Meldung das Verfahren bei der KESB ausgelöst hat. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie ausdrücklich, das ausgefüllte Formular NICHT per Email an die KESB zu senden. Herzlichen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Bemühungen.