**Gefährdungsmeldung Erwachsenenschutz**

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

|  |
| --- |
| **Betroffene Person:**Name, Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Geburtsdatum Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.Postadresse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.PLZ/Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Telefon Klicken Sie hier, um Text einzugeben.E-Mail Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Zivilstand Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Beruf Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Sind folgende Dokumente vorhanden und wo befinden sie sich?Vorsorgeauftrag Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Patientenverfügung Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Meldende/antragstellende Person:****Datum:** Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.Name, Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Postadresse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.PLZ/Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Telefon Klicken Sie hier, um Text einzugeben.E-Mail Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Funktion Klicken Sie hier, um Text einzugeben.(bei Amts-/Fachstelle)Erreichbarkeit Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ihre Beziehung/Verwandtschaftsgrad zur betroffenen Person**Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Was melden oder beantragen Sie?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Welche Probleme liegen vor? [ ]  altersbedingter Schwächezustand [ ]  Suchterkrankung [ ]  psychische Störung [ ]  geistige Behinderung [ ]  somatische Erkrankung [ ]  andere Gründe  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Welche Unterstützung braucht betroffene Person aus Ihrer Sicht?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Was wurde bereits unternommen? Was war erfolgreich, was nicht?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Welche Stellen und Personen sind bereits involviert?Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Familiäre Situation der betroffenen Person**Ist die betroffene Person verheiratet oder in eingetragener bzw. faktischer Partnerschaft?Ist ein/e Partner/in verstorben? Wenn ja, wann?Hat die betroffene Person Kinder? Besteht Kontakt zu den Kindern?Wie ist das Verhältnis zu den Kindern?Bestehen unverteilte Erbschaften?Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Beziehungsnetz der betroffenen Person**Welche Beziehungen sind eine Unterstützung, welche eine Belastung? Weshalb?Welches ist die engste Vertrauensperson?Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Weshalb wird die Meldung zum jetzigen Zeitpunkt eingereicht?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Wurde die betroffene Person über die Gefährdungsmeldung informiert? [ ] Ja [ ] NeinFalls ja, wie war deren Reaktion?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Falls nein, was waren die Gründe, dass keine Information stattfand?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Wer wurde sonst noch über die Meldung informiert?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Hat die Person regelmässig Kontakt zu Fachstellen?Wenn ja, zu welchen (z.B. Spitex, Sozialdienst, Pro Senectute, Pro Infirmis, etc.)?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Ist andere Stelle bereits mit Abklärungen befasst?(z.B. im Rahmen eines Strafverfahrens)Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gesundheitliche Situation der betroffenen Person:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hausarzt/Hausärztin, Psychotherapeut/in, Psychiater/in der betroffenen Person:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ist bei der Abklärung durch die Behörde etwas Besonderes zu beachten?(z.B. Dolmetscher)Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anmerkungen:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ort und Datum:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Unterschrift: |
| Beilagen:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

senden

Sie haben die Möglichkeit das Formular elektronisch zu übermitteln

*oder*

Sie schicken uns das ausgefüllte Formular unterschrieben per Post an:

**KESB Bezirk Affoltern, Sagistrasse 8A, 8910 Affoltern a.A.**

**Wichtig:**

aus Datenschutzgründen bitten wir Sie ausdrücklich, das ausgefüllte Formular *NICHT*
per E-Mail an die KESB zu senden.