



Meldung Erwachsenenenschutz

Wir bitten Sie, das Formular zuerst auszudrucken, soweit als möglich von Hand auszufüllen, zu unterschreiben und mit allfälligen Beilagen einzusenden an:

Kindes- und Erwachsenenenschutzbehörde der Stadt Zürich (KESB)
Stauffacherstrasse 45
Postfach
8036 Zürich

Aus Datenschutzgründen ersuchen wir Sie ausdrücklich, die Meldung NICHT mit E-Mail an die KESB zu senden.

Thema / Meldung

Was melden oder beantragen Sie?

Welche Probleme/Risiken liegen aus Ihrer Sicht vor?

(Mehrfachnennung möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> altersbedingter Schwächezustand | <input type="checkbox"/> Adoleszenz-Krise / mangelnde Reife / Unerfahrenheit |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> mangelhafte Einkommens- / Vermögensverwaltung |
| <input type="checkbox"/> psychische Störung | <input type="checkbox"/> vorübergehende Urteilsunfähigkeit/ Abwesenheit |
| <input type="checkbox"/> geistige Behinderung | |
| <input type="checkbox"/> somatische Erkrankung | |
| <input type="checkbox"/> andere Gründe, nämlich: | |

Schilderung der Lebenssituation der betroffenen Person, soweit bekannt und für die Meldung relevant: Angaben zu Wohnen, Arbeit, Finanzen, Gesundheit:

Welche Unterstützung braucht die betroffene Person aus Ihrer Sicht? Wovor muss sie geschützt werden?

Was wurde bereits unternommen?

Sofern bereits Personen und/oder Stellen mit der Unterstützung der betroffenen Person befasst sind: Warum reicht diese Unterstützung nicht (mehr) aus?



Betroffene Person

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Wohnadresse _____

PLZ/Ort _____

Aufenthaltsort

Wohnadresse

in einer Institution, nämlich: _____

an einem anderen Ort, nämlich: _____

unbekannt

Telefon _____

E-Mail _____

Heimatort/Nationalität _____

Zivilstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

eingetr. Partnerschaft.

unbekannt

Beruf _____

Muttersprache _____

Deutschkenntnisse

ja

wenig

keine

Vorsorgeauftrag

ja

nein

weiss nicht/unbekannt

vorhanden

Falls ja: Wo? _____

Patientenverfügung

ja

nein

weiss nicht/unbekannt

vorhanden

Falls ja: Wo? _____

Beziehungsnetz/Umfeld der betroffenen Person

Lebt die betroffene Person mit jemandem in Hausgemeinschaft?

ja

nein

weiss nicht/unbekannt

Wenn ja, mit wem? _____

Hat die betroffene Person Kinder?

ja

nein

weiss nicht/unbekannt

Wenn ja:

Besteht Kontakt zu den Kindern?

ja

nein

weiss nicht/unbekannt

Wie ist das Verhältnis zu den Kindern? _____

Wie lauten Namen und Adressen? _____



Gibt es andere Angehörige/Bezugspersonen?

ja

nein

weiss nicht/unbekannt

Wenn ja, welche?

Welche Beziehungen sind eine Unterstützung, welche eine Belastung? Weshalb?

Welches ist die engste Vertrauensperson der betroffenen Person?

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

Hat die betroffene Person regelmässig Kontakt zu Fachstellen (z.B. Spitex, Sozialdienst, Pro Senectute, Pro Infirmis oder andere öffentliche oder private Beratungs- oder Sozialhilfestellen)?

ja

nein

weiss nicht/unbekannt

Wenn ja, welche (Name, zuständige Person, Telefonnummer, E-Mail)?

Ist eine andere Stelle bereits mit Abklärungen (z.B. im Rahmen eines Strafverfahrens) befasst?

ja

nein

weiss nicht/unbekannt

Wenn ja, welche?

Zur Meldung

Wurde die betroffene Person über die Meldung an die KESB informiert?

ja

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?

Einschätzung der Dringlichkeit der Abklärung (mit Begründung):



Ist bei der Abklärung durch die Behörde etwas Besonderes zu beachten?
(z.B. Dolmetscher, nur Hausbesuch möglich, bevorstehender Wechsel des Aufenthalts etc.)

Anmerkungen:

Meldende/antragstellende Person

Funktion/Institution

(bei Amts- /Fachstelle)

Name, Vorname

Postadresse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Beziehung / Verwandtschaftsgrad der meldenden
zur gefährdeten Person
bzw. deren Familie

Erreichbarkeit

Ort und Datum:

Unterschrift:

Beilagen:

Arztzeugnis

Betreibungsregistrauszug