Eine Arbeitshilfe für PriMa-Fachstellen

Überführung der vormundschaftlichen Massnahmen ins neue Recht; Beilage zur Berichterstattung

Angaben zu den Personen

**Klient/in:**

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Aktuelle Massnahme: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 **PriMa**:

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**PriMa-Fachstelle:**

Sozialdienst: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Subsidiarität

1. **Wurde eigene Vorsorge getroffen (Vorsorgeauftrag/Patientenverfügung) oder bestehen Vertretungsrechte von Gesetzes wegen?**

**Vorsorgeauftrag/Patientenverfügung**

[ ]  Nein

[ ]  Ja, es liegt ein Vorsorgeauftrag bzw. eine Patientenverfügung gemäss Art. 360 ff. ZGB vor. Bitte den Hinterlegungsort angeben bzw. den Vorsorgeauftrag oder die Patientenverfügung einem allfälligen Antrag auf Aufhebung der Massnahme (s. Pt. 2) beilegen.

**Massnahme von Gesetzes wegen für urteilsunfähige Personen**

Vertretung durch Ehegatten/eingetragene Partner:

[ ]  Ja, die Vertretung erfolgt gemäss Art. 374 ZGB

[ ]  durch Ehegatte

[ ]  durch eingetragenen Partner/eingetragene Partnerin

Vertretung bei medizinischen Massnahmen

[ ]  Ja, die Vertretung erfolgt bei medizinischen Massnahmen gemäss Art. 378 ZGB durch:

[ ]  in Patientenverfügung oder in Vorsorgeauftrag bezeichnete Person:
Name, Geburtsdatum, Adresse

[ ]  durch Ehegatte, eingetragenen Partner oder eingetragene Partnerin:
Name, Geburtsdatum, Adresse

[ ]  Regelmässigen, persönlichen Beistand leistende Person in gemeinsamen Haushalt:
Name, Geburtsdatum, Adresse

[ ]  Regelmässigen, persönlichen Beistand leistenden Nachkomme:
Name, Geburtsdatum, Adresse

[ ]  Regelmässigen, persönlichen Beistand leistenden Elternteil:
Name, Geburtsdatum, Adresse

[ ]  Regelmässigen, persönlichen Beistand leistendes Geschwister:
Name, Geburtsdatum, Adresse

1. **Ist aus Ihrer Sicht aufgrund einer genügenden eigenen Vorsorge bzw. Vertretung von Gesetzes wegen eine Aufhebung der Massnahme angezeigt?**

[ ]  Ja

[ ]  Nein (wenn nein, weiter bei Punkt 3)

Massschneiderung

Die nachfolgenden Fragestellungen sind als Leitfaden zur Erarbeitung der Empfehlungen hinsichtlich Anpassung und künftiger Ausgestaltung der Massnahme anlässlich der periodischen Berichtsablage zu verstehen.

Vorüberlegungen:
Schwächezustand? / Schutzbedürfnis? / Zielsetzung der Massnahme?

1. **Welche Aufgabenbereiche sind nach Ihrer Ansicht mit welcher Beistandschaftsart nach neuem Recht anzuordnen? Bitte eine erforderliche Einschränkung der Handlungsfähigkeit begründen.**

[ ]  **Wohnen**[ ]  Begleitung (Art. 393 ZGB)

 [ ]  Vertretung (Art. 394 Abs. 1 ZGB)
[ ]  mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit (Art. 394 Abs. 2 ZGB)
 Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Mitwirkung in folgenden Bereichen (Art. 396 ZGB):
 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Befugnis zum Betreten der Wohnung ohne Zustimmung der Person (Art. 391 Abs. 3 ZGB)
 Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  **Gesundheit**[ ]  Begleitung (Art. 393 ZGB)
[ ]  Vertretung (Art. 394 Abs. 1 ZGB)

[ ]  **Bildung/Erwerbstätigkeit/Tagesstruktur**[ ]  Begleitung (Art. 393 ZGB)

[ ]  Vertretung (Art. 394 Abs. 1 ZGB)
[ ]  mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit (Art. 394 Abs. 2 ZGB)
 Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Mitwirkung in folgenden Bereichen (Art. 396 ZGB):
 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  **Soziales Umfeld/Vernetzung/Beziehungsgestaltung** [ ]  Begleitung (Art. 393 ZGB)

[ ]  **Administrative Angelegenheiten (Behörden, Ämtern, (Sozial-)Versicherungen, Institutionen und Privatpersonen)**[ ]  Begleitung in folgenden Bereichen: (Art. 393 ZGB)

[ ]  Vertretung (Art. 394 Abs. 1 ZGB)
[ ]  mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit (Art. 394 Abs. 2 ZGB)
 Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Mitwirkung in folgenden Bereichen (Art. 396 ZGB):
 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Befugnis zum Öffnen der Post ohne Zustimmung der Person (Art. 391 Abs. 3 ZGB)
Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  **Einkommens- und Vermögensverwaltung (Art. 394 Abs. 1 und 2 i.V.m. Art. 395 ZGB)**[ ]  nur Einkommen
[ ]  nur Vermögen
[ ]  Einkommen und Vermögen

[ ]  Vertretung
[ ]  mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit
 Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Mitwirkung in folgenden Bereichen (Art. 396 ZGB):
 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 Bezeichnung der Konten, wenn nicht das gesamte Einkommen respektive Vermögen betroffen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Entzug des Zugriffs auf einzelne Vermögenswerte (Art. 395 Abs. 3 ZGB)
Begründung auf welche und weshalb: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  **Anderes**Beschreibung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Begleitung (Art. 393 ZGB)

 [ ]  Vertretung (Art. 394 Abs. 1 ZGB)
[ ]  mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit (Art. 394 Abs. 2 ZGB)
 Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Mitwirkung in folgenden Bereichen (Art. 396 ZGB):
 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Weiss die betroffene Person, dass eine Erwachsenenschutzmassnahme besteht?**

 [ ]  Ja

 [ ]  Nein
 Wenn nein, Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Weiss die betroffene Person, welche Aufgaben von der Mandatsperson wahrgenommen werden?**

 [ ]  Ja
Wenn ja, welche: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Nein
Wenn nein, Begründung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Hat die betroffene Person abweichende Vorstellungen von der zukünftigen Ausgestaltung der Massnahme?**

 [ ]  Nein

 [ ]  Ja
 Wenn ja, welche: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Empfehlung der PriMa-Fachstelle

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Mit PriMa besprochen am: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Unterschrift PriMa Unterschrift PriMa-Fachstelle