

Anmeldung

<input type="checkbox"/> Pflegeheim Gockenthal	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen Schlossblick	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen Von Jud Haus	<input type="checkbox"/> Mittagsgast	<input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringend
Personalien				
Name (bei Frauen auch Mädchename)				
Vorname				
Strasse				
PLZ/Ort			Geburtsort	
Telefon			Heimatort	
Geburtsdatum			Konfession	
AHV-Nr.			AHV-Zweigstelle	
Krankenkasse			Vers. Nummer	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden				
Name und Vorname des Ehepartners				
Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl				
Momentaner Aufenthaltsort des/der Angemeldeten _____				
Hausarzt				
Name/Adresse: _____				
Bezugsperson 1			Beziehung	
Name		Vorname		<input type="checkbox"/> Partner
Strasse		PLZ/Ort		<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
Tel. P		Tel. G		<input type="checkbox"/> Nichte/Neffe
Natel		E-Mail		<input type="checkbox"/> Beistand
Zuständig für finanzielle und administrative Angelegenheiten				Beziehung
Name		Vorname		<input type="checkbox"/> Partner
Strasse		PLZ/Ort		<input type="checkbox"/> Tochter/Sohn
Tel.P		Tel.G		<input type="checkbox"/> Nichte/Neffe
Mobil		E-Mail		<input type="checkbox"/> Beistand

Vertragsunterzeichnung	
<input type="checkbox"/> BewohnerIn	
<input type="checkbox"/> Vertretungsperson (s. unten)	
Vertretung bei Urteilsunfähigkeit	
Für den Fall, dass der/die Bewohnende urteilsunfähig ist, ist folgende Person zur Vertretung berechtigt: Vorname, Name, Adresse _____	
<ul style="list-style-type: none"> a) die in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person b) der Beistand mit schriftlicher Zustimmung der Erwachsenenschutzbehörde c) der Ehegatte oder der eingetragene Partner d) die Person, welche mit dem/der Bewohnenden einen gemeinsamen Haushalt geführt hat und regelmässig und persönlich Beistand leistet e) die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig Beistand leisten f) gemäss Kaskade bei medizinischen Massnahmen 	
Bemerkungen	
Ort und Datum	Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)
Die angemeldete Person oder die Angehörigen bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen	