

Anmeldung

<input type="checkbox"/> Heim	<input type="checkbox"/> Demenz- wohngruppe	<input type="checkbox"/> Tagesstätte	<input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringend
Name (bei Frauen auch Mädchenname)			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Telefon		Heimatort	
Geburtsdatum, Geburtsort		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 _____			
Vertretung im Falle von Urteilsunfähigkeit			
Für den Fall, dass der/die Bewohnende urteilsunfähig ist, ist folgende Person zur Vertretung berechtigt: Vorname, Name, Adresse _____			
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			
Hausarzt			
Name/Adresse:			
Korrespondenzadresse		Beziehung	
Name	Vorname	o Partner	
Strasse	PLZ/Ort	o Tochter/Sohn	
Tel.P	Tel.G	o Nichte/Neffe	
Natel	Email	o Beistand	

Rechnungsadresse		Beziehung
Name	Vorname	o Partner
Strasse	PLZ/Ort	o Tochter/Sohn
Tel.P	Tel.G	o Nichte/Neffe
Natel	Email	o Beistand
Bemerkungen		
Ort und Datum		Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)
Die angemeldete Person oder die Angehörigen bescheinigen, dass die Angaben mit den amtlichen Ausweisen übereinstimmen		