

## Anmeldung

<input type="checkbox"/> Heim		<input type="checkbox"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringend	
<b>Name</b> <span style="float: right;">(bei Frauen auch Mädchenname)</span>			
<b>Vorname</b>			
Strasse			
PLZ/Ort			
Telefon	Beruf	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 _____			
<b>Vertretung im Falle von Urteilsunfähigkeit</b>			
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			
<b>Hausarzt</b>			
Name/Adresse:			
<b>Bezugsperson 1, Korrespondenz</b>			<b>Beziehung</b>
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	

