

Anmeldung

<input type="checkbox"/> Pflegeheim Glockenthal	<input type="checkbox"/> Wohnen mit Betreuung Schlossblick	<input type="checkbox"/> Wohnen mit Pflege 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	