

Anmeldung Vorsorglich Definitiv Dringend
 erwünschter Eintritt am _____

Angaben zur Person			
Familienname		Vorname	
Adresse			
PLZ, Wohnort			
E-Mail			
Telefon-Nr.		Handy-Nr.	
Geburtsdatum		AHV-Nr.	
Zivilstand		Heimatort	
wohnhaft im Kt. GR seit		Beruf / Titel	
Wohnortbescheinigung		Konfession	
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> keine Beistandschaft im Bereich <input type="checkbox"/> Wohnen <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe <input type="checkbox"/> Finanzen ¹ <input type="checkbox"/> Administration ²		
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> keiner Vorsorgeauftrag im Bereich <input type="checkbox"/> Wohnen <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe <input type="checkbox"/> Finanzen <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> andere		
Vertretungsrecht	<input type="checkbox"/> durch direkte Verwandte (1.Grad) bei den laufenden Angelegenheiten		

Adressen von Bezugspersonen, Angehörigen und Kontaktpersonen		
Bezugsperson 1	Name, Vorname	
Vertrauensperson	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	Telefon-Nr.	
	E-Mail	
	Beziehung zu Bewohner/in	
Bezugsperson 2	Name, Vorname	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	E-Mail	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner/in	
Bezugsperson 3	Name, Vorname	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	E-Mail	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner/in	

¹ Finanzen: Einkommens- und Vermögensverwaltung

² Administration: Bezahlung Rechnungen, EL-Anträge, Korrespondenz



Bezugsperson 4	Name, Vorname	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	E-Mail	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner/in	
Adresse Rechnung	Name, Vorname	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	E-Mail	
Hausarzt/in bisher	Name und Ort	
Ärzt/in im Glienda	Name und Ort	
Krankenkasse	Name und Sektion / Ort	
Grundversicherung	Mitglied-Nr.	
Krankenkasse	Name und Sektion / Ort	
Zusatzversicherung	Mitglied-Nr.	
Bezieht bereits	Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ab wann: _____ Wenn ja: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
	Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ab wann: _____ <input type="checkbox"/> in Abklärung
Besondere Wünsche	Telefon im Zimmer	<input type="checkbox"/>
	TV im Zimmer	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung	Bereits eine vorhanden	<input type="checkbox"/>
	möchte Information	<input type="checkbox"/>
Diät	durch Arzt verordnet	<input type="checkbox"/> Welche?
Gesundheitszustand	weitgehend selbständig	<input type="checkbox"/>
	Unterstützung nötig	<input type="checkbox"/>
	Krankheiten	<input type="checkbox"/>

Besondere Wünsche und Mitteilungen an die Heim- oder Pflegedienstleitung:

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Ort und Datum

Unterschrift Interessent/innen / Bezugsperson

Vom Heim auszufüllen	
Eintrittsdatum:	
Zimmer-Nr:	
Nr. Bewohner/in	
Diverses:	