

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		Konfession							
Beistandschaft	<input type="checkbox"/> keine Beistandschaft im Bereich <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wohnen</td> <td><input type="checkbox"/> Gesundheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe</td> <td><input type="checkbox"/> Finanzen<sup>1</sup></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Administration<sup>2</sup></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Wohnen	<input type="checkbox"/> Gesundheit	<input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe	<input type="checkbox"/> Finanzen <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Administration <sup>2</sup>	
<input type="checkbox"/> Wohnen	<input type="checkbox"/> Gesundheit								
<input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe	<input type="checkbox"/> Finanzen <sup>1</sup>								
<input type="checkbox"/> Administration <sup>2</sup>									
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> keiner Vorsorgeauftrag im Bereich <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wohnen</td> <td><input type="checkbox"/> Gesundheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe</td> <td><input type="checkbox"/> Finanzen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Administration</td> <td><input type="checkbox"/> andere</td> </tr> </table>			<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
<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		
<b>Bezugsperson 1</b>	Name, Vorname	
Vertrauensperson	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	Telefon-Nr.	
	E-Mail	
	Beziehung zu Bewohner/in	
<b>Bezugsperson 2</b>	Name, Vorname	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	E-Mail	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner/in	
<b>Bezugsperson 3</b>	Name, Vorname	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	E-Mail	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner/in	
<b>Bezugsperson 4</b>	Name, Vorname	

<sup>1</sup> Finanzen: Einkommens- und Vermögensverwaltung

<sup>2</sup> Administration: Bezahlung Rechnungen, EL-Anträge, Korrespondenz



# Aufnahmegesuch Bewohnerin / Bewohner

FO 3.2.01

<b>Adresse Rechnung</b>	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	E-Mail	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner/in	
<b>Hausarzt/in bisher</b>	Name, Vorname	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
<b>Ärzt/in im Glienda</b>	Name und Ort	
<b>Krankenkasse Grundversicherung</b>	Name und Sektion / Ort	
	Mitglied-Nr.	
<b>Krankenkasse Zusatzversicherung</b>	Name und Sektion / Ort	
	Mitglied-Nr.	
<b>Finanzen</b>	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
<b>Ergänzungsleistungen (EL)</b>	Sollten zwingend mit der Heim-Anmeldung beantragt werden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    ab wann: _____ <input type="checkbox"/> in Abklärung
<b>Besondere Wünsche</b>	Telefon im Zimmer <input type="checkbox"/>	
	TV im Zimmer <input type="checkbox"/>	
<b>Patientenverfügung</b>	Bereits eine vorhanden <input type="checkbox"/>	
	möchte Information <input type="checkbox"/>	
<b>Diät</b>	durch Arzt verordnet <input type="checkbox"/>	Welche?
<b>Gesundheitszustand</b>	weitgehend selbständig <input type="checkbox"/>	Bemerkungen:
	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:	