



Anmeldeformular

Anmeldung	Vorsorglich <input type="checkbox"/>	Dringend <input type="checkbox"/>	Definitiv <input type="checkbox"/>
Erwünschter Eintritt am _____			

Angaben zur Person			
Name		Vorname	
Adresse			
PLZ, Wohnort			
Telefon-Nr.		Telefon Mobil	
Geburtsdatum		Vers. Nr.	
Zivilstand		Heimatort	
Konfession		Beruf/Titel	
Wohnhaft in GR seit		Wohnortbescheinigung	
Heimatort			

Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Keine		
	Beistandschaft im Bereich	<input type="checkbox"/> Wohnen <input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe <input type="checkbox"/> Administration ²	<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Finanzen ¹
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> keiner		
	Vorsorgeauftrag im Bereich	<input type="checkbox"/> Wohnen <input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe <input type="checkbox"/> Administration	<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Finanzen <input type="checkbox"/> andere
Vertretungsrecht	<input type="checkbox"/> durch direkte Verwandte (1. Grad) bei den laufenden Angelegenheiten		

Adressen von Bezugspersonen, Angehörigen, Kontaktpersonen:		
Bezugsperson 1	Name, Vorname	
	Strasse/Nr.	
	PLZ/Ort	
	Telefon-Nr:	
	Telefon Nr. Mobil:	
	E-Mail:	
	Beziehung zu Bewohner	

¹ Finanzen: Einkommens- und Vermögensverwaltung

² Administration: Bezahlung der Rechnungen, EL-Anträge, Korrespondenz



Anmeldeformular

Bezugsperson 2	Name, Vorname	
	Strasse/Nr.	
	PLZ/Ort	
	Telefon-Nr:	
	Telefon Nr. Mobil:	
	E-Mail:	
	Beziehung zu Bewohner	

Bezugsperson 3	Name, Vorname	
	Strasse/Nr.	
	PLZ/Ort	
	Telefon-Nr:	
	Telefon Nr. Mobil:	
	E-Mail:	
	Beziehung zu Bewohner	
Adresse Rechnung	Name, Vorname	
	Strasse/Nr.	
	PLZ/Ort	
	Telefon-Nr:	
	Telefon Nr. Mobil:	
	E-Mail:	
Hausarzt bisher	Name, Ort	
Arzt im APH Parc	Name, Ort	
Krankenkasse	Name, Sektion, Ort	
Grundversicherung:	Mitglied Nr.:	
Bezieht bereits	Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/>
	Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/>
Besondere Wünsche	Telefon im Zimmer	<input type="checkbox"/>
	TV im Zimmer	<input type="checkbox"/>



Anmeldeformular

Patientenverfügung	bereits vorhanden	<input type="checkbox"/>
	möchte Informationen	<input type="checkbox"/>