|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anmeldung | Vorsorglich | Dringend | Definitiv |
|  | 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 | Keine |  |  |
|  | Beistandschaft im Bereich | Wohnen  Soziale Teilhabe  Administration 2 | Gesundheit  Finanzen 1 |
| Vorsorgeauftrag | keiner |  |  |
|  | Vorsorgeauftrag im Bereich | Wohnen  Soziale Teilhabe  Administration | Gesundheit  Finanzen  andere |
| Vertretungsrecht | 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 | | | | | |
| **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** | Hilflosen Entschädigung |  |  | | |
|  | Ergänzungsleistungen |  |  | | |
| **Besondere Wünsche** | Telefon im Zimmer |  |  | | |
|  | TV im Zimmer |  |  | | |
| **Patientenverfügung** | bereits vorhanden |  |  | | |
|  | möchte Informationen |  |  | | |