|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 Vermögensverwaltung2 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 | [ ]  |  |