



ANMELDUNG INTERESSENTEN

Personalien und allgemeine Angaben	
Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Heimatort (Kanton)
Konfession	Zivilstand
AHV-Nr.	Telefon-Nr.
Strasse	PLZ/Ort

Wichtige Adressen von Familienangehörigen und anderen Vertrauenspersonen	
1. Name	2. Name
Vorname _____	Vorname _____
Strasse _____	Strasse _____
PLZ, Ort _____	PLZ, Ort _____
Tel. Nr. _____	Tel. Nr. _____
E-Mail _____	E-Mail _____
Wie verwandt? _____	Wie verwandt? _____

gesetzliche Vertretung:	
Hausarzt:	
Krankenkasse:	Mitglieds-Nr.

<input type="checkbox"/> Demenzielle Erkrankung (beginnend, bestehend, diagnostiziert)
--

Bezieht <input type="checkbox"/> AHV-Rente <input type="checkbox"/> IV-Rente <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung
--

Vorsorgeauftrag vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt?
Patientenverfügung vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo hinterlegt?
Beistandschaft vorhanden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Verfügung beilegen

Eintritt: <input type="checkbox"/> der Eintritt ist zeitnah beabsichtigt/notwendig (akut)

Ort/Datum	Unterschrift (ggf. durch gesetzliche Vertretung)
-----------	--