

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"/> Finanzen¹</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Administration²</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Wohnen	<input type="checkbox"/> Gesundheit	<input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe	<input type="checkbox"/> Finanzen ¹	<input type="checkbox"/> Administration ²	
<input type="checkbox"/> Wohnen	<input type="checkbox"/> Gesundheit								
<input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe	<input type="checkbox"/> Finanzen ¹								
<input type="checkbox"/> Administration ²									
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		
Bezugsperson 1	Name, Vorname	
Vertrauensperson	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	Telefon-Nr.	
	E-Mail	
	Beziehung zu Bewohner/in	
Bezugsperson 2	Name, Vorname	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	E-Mail	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner/in	
Bezugsperson 3	Name, Vorname	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	E-Mail	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner/in	
Bezugsperson 4	Name, Vorname	

¹ Finanzen: Einkommens- und Vermögensverwaltung

² Administration: Bezahlung Rechnungen, EL-Anträge, Korrespondenz



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