



ANMELDUNG INTERESSENTEN

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

Angehörige, Bezugspersonen (Name, Adresse, Festnetz- <u>und</u> Mobilnummer, Email)
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"/> vorsorglich <input type="checkbox"/> dringlich
--

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