

Anmeldung:

Vorsorglich     Definitiv     Dringend

Gewünschter Eintrittstermin:

<b>Personalien</b>	Familienname	
	Vorname	
	PLZ / Wohnort	
	Adresse	
	Telefon-Nr.	
	AHV-Nr.	
	Geburtsdatum	
	Heimatort	
	Zivilstand	
	Konfession	
	Beruf / Titel	
	Wohnhaft im Kt. GR seit:	
	Wohnortbescheinigung	
<b>Bezugsperson 1 / Gesetzlicher Vertreter</b>	Name	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner	
<b>Bezugsperson 2</b>	Name	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner	
<b>Bezugsperson 3</b>	Name	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner	
<b>Bezugsperson 4</b>	Name	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
	Telefon-Nr.	
	Beziehung zu Bewohner	
<b>Rechnungsstellung an</b>	Name	
	Strasse / Nr.	
	PLZ / Ort	
<b>behandelnder Arzt</b>	Name und Ort	
<b>gewünschter Arzt</b>	Name und Ort	



<b>Krankenkasse Grundversicherung</b>	Name und Sektion / Ort	
	Mitglied-Nr.	
<b>Krankenkasse Zusatzversicherung</b>	Name und Sektion / Ort	
	Mitglied-Nr.	
<b>Bezieht bereits</b>	Hilflosenentschädigung <input type="checkbox"/>	
	Ergänzungsleistung <input type="checkbox"/>	
<b>Besondere Wünsche</b>	Telefon im Zimmer <input type="checkbox"/>	
	TV im Zimmer <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
<b>Wäschenamen</b>	Bestellen durch Heim <input type="checkbox"/>	
<b>Patientenverfügung</b>	Bereits eine vorhanden <input type="checkbox"/>	
	Möchte Information dazu <input type="checkbox"/>	
<b>Diät:</b>	Durch Arzt verordnet <input type="checkbox"/>	Weitere Angaben:
<b>Gesundheitszustand</b>	Weitgehend selbständig <input type="checkbox"/>	Weitere Angaben:
	Pflegeunterstützung <input type="checkbox"/>	
	Krankheiten <input type="checkbox"/>	
<b>Besondere Wünsche und Mitteilungen an die Heim- oder Pflegedienstleitung:</b>		

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Ort und Datum:

Unterschrift Interessenten / Bezugsperson:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Vom Heim auszufüllen</b>	
Eintrittsdatum:	
Zimmer-Nr:	
Bewohner-Nr.	
Telefon-Nr. im Zimmer:	
Diverses:	