

## Personalien

Name:		Vorname:	
Strasse:		Telefon Nr.:	
PLZ:	Wohnort:		
Bürgerort/Staat:			
Geburtsort/Staat:			
Geburtsdatum:		AHV. Nr.:	
Zivilstand:		Konfession:	
ehemaliger Beruf:			
ehemaliger Arbeitgeber:			
Steuerpflichtig:	Kt. Zug	<input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>

## Gesundheitsfragen

<b>Hausarzt:</b>	
Name:	
Adresse:	
Telefon:	
<b>Krankenversicherung</b>	<b>Mitglieder Nr.:</b>
Name:	
Adresse:	

## Gesundheitszustand

Stöcke	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Behandlung:	ja <input type="checkbox"/>	seit	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Chronische Krankheiten	ja <input type="checkbox"/>	seit	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Hilfe im täglichen Leben	ja <input type="checkbox"/>	seit	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Spitex	<input type="checkbox"/>	Hauspflege	<input type="checkbox"/>	andere	

## Bezugsperson / Angehörige

Nächste Angehörige			
Name:	Adresse:	Telefon:	Natel:

## Informationen

Begleitbeistandschaft:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Vertretungsbeistandschaft: mit/ohne Einschränkung der Handlungsfähigkeit	ja		nein	
Mitwirkungsbeistandschaft: mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Umfassende Beistandschaft: mit Verlust der Handlungsfähigkeit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Name:	Adresse:	Telefon:	Natel:	

## Anmeldung

**Definitiv**

Eine definitive Anmeldung und Aufnahme auf die Warteliste setzt, nach den kant. Vorschriften, einen Bezug des nächsten, freiwerdenden Zimmers innert maximal 30 Tagen voraus.

**Provisorisch**

Aus einer provisorischen Anmeldung kann kein Anspruch auf die Zuteilung eines Zimmers zu einer bestimmten Zeit abgeleitet werden.

### Gewünschtes Eintrittsdatum:

Die Angaben sind wahrheitsgetreu anzugeben. Der / die Untezeichnende bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben und ermächtigt die Geschäftsleitung beim Hausarzt allenfalls Auskünfte einzuholen.

**Ort und Datum**

**Unterschrift**