

# Anmeldeformular

\* Pflichtfelder

Name / Vorname\*

Gesetzlicher Wohnort\*

PLZ / Ort\*

Telefon / Natel

Geburtsdatum\*

Zivilstand

Nationalität

Heimatort

IV-Rente

 ja nein in Abklärung

Hilflosen Entschädigung

 nein leicht mittel schwer

Versicherungs-Nummer (AHV)

Konfession

Beruf / Tätigkeit

Krankenkasse

Versicherungs-Nr.

Haftpflichtversicherung

Versicherungs-Nr.

**Gewünschter Einzugstermin**

**Wohnbereich**

Wohnadresse BeWo: .....

## Gesetzliche Vertretung / Einweisende Stelle

Name / Vorname

Adresse

Telefon

E-Mail

Begleitbeistandschaft Art. 393 ZGB

Mitwirkungsbeistandschaft Art. 396 ZGB

Vertretungsbeistandschaft Art. 394 ZGB

umfassende Beistandschaft Art. 398 ZGB

FU (Fürsorgerische Unterbringung)

 Ja nein

Besteht eine Massnahme anderer Art?

 Ja nein

Wenn ja, in welcher Form? .....

## Rechnungsstellung an:

Name / Vorname:

Adresse

Telefon

E-Mail

## Wichtige Bezugspersonen

Angehörige

Eltern

Geschwister

Psychiater

Hausarzt

Weitere

Bemerkungen / Grund der Anmeldung:

Datum der Anmeldung: