

Anmeldeformular

- Zentrum für Betagte und Kinder Neugut, Landquart
 Alterszentrum Senesca, Maienfeld
- Dringende Anmeldung
 Vorsorgliche Anmeldung

Persönliche Angaben

| | | | |
|--------------|--|--------------------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> | PLZ/Ort | <input type="text"/> |
| Tel.-Nr. | <input type="text"/> | Heimatort/Kanton | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | Aktueller Wohnsitz | <input type="text"/> |
| Zivilstand | <input type="text"/> | Sozialvers.-Nr. | <input type="text"/> |
| Konfession | <input type="text"/> | Krankenkasse | <input type="text"/> |
| Beruf | <input type="text"/> | KK-Vers.-Nr. | <input type="text"/> |
| Eltern | Vater: <input type="text"/> | | |
| | Mutter (inkl. Ledigenname): <input type="text"/> | | |

Anmeldung für

- Einbettzimmer
 Zweibettzimmer (für Ehepaare)
 Station für an Demenz Erkrankte (Senesca)
- Langzeitaufenthalt
 Tages-/Nachtaufenthalt
- Ferien vom bis

Im Alters- und Pflegeheim ist **freie Arztwahl** gewährleistet.

Name und Adresse Ihres behandelnden **Hausarztes**

Beziehen Sie Spitexleistungen?

- Ja
 Nein

Beziehen sie Ergänzungsleistungen?

- Ja
 Nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?

- keine
 leichte
 mittlere
 schwere

1. Vertrauensperson (Person, die Ihre Anliegen am besten kennt und Sie im Notfall vertreten kann)

| | | | |
|---|----------------------|---------------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> | PLZ/Ort | <input type="text"/> |
| Tel. Privat | <input type="text"/> | Tel. Geschäft | <input type="text"/> |
| Tel. Mobil | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |
| Bezug zur angemeldeten Person (Verwandtschaftsgrad, Beistand, etc.) | | | <input type="text"/> |

2. Kontaktperson

| | | | |
|---|----------------------|---------------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> | PLZ/Ort | <input type="text"/> |
| Tel. Privat | <input type="text"/> | Tel. Geschäft | <input type="text"/> |
| Tel. Mobil | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |
| Bezug zur angemeldeten Person (Verwandtschaftsgrad, Beistand, etc.) | | | <input type="text"/> |

3. Kontaktperson

| | | | |
|---|----------------------|---------------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> | PLZ/Ort | <input type="text"/> |
| Tel. Privat | <input type="text"/> | Tel. Geschäft | <input type="text"/> |
| Tel. Mobil | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |
| Bezug zur angemeldeten Person (Verwandtschaftsgrad, Beistand, etc.) | | | <input type="text"/> |

Rechnungsstellung

| | |
|--|----------------------|
| Name und Adresse des Rechnungsempfängers | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |

Kommunikation

Wir bitten Sie um Mitteilung, wenn sich Ihre Situation ändert (z.B. Eintritt in ein anderes Heim).

Ihre persönlichen Angaben werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) bearbeitet. Erfolgt kein Eintritt, werden sie gemäss DSG vernichtet.

Wenden Sie sich bitte an die Heimleitung, wenn Sie weitere Informationen wünschen.

| | | | |
|-------|----------------------|--------------|----------------------|
| Datum | <input type="text"/> | Unterschrift | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|--------------|----------------------|