

## Anmeldung Schlossgarten oder Tagesstätte Schirma

**Eintritt**     dringlich  
                   vorsorglich ab \_\_\_\_\_

### Location

Einzelzimmer mit Dusche                       Doppelzimmer mit Dusche  
 Einzelzimmer ohne Dusche                     Aufenthalt in der Tagesstätte Schirma

Familienname \_\_\_\_\_ lediger Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Gegenwärtiger Wohnadresse

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

Gesellschaft \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Praxis \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

**Angaben zur Rechnungsstellung**

Selbstzahler

Andere Rechnungsadresse

(bitte nachfolgend Adresse ausfüllen)

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen?  Ja  Nein

Erhalten Sie Hilflosenentschädigung?  Ja  Nein

Leicht CHF 464.-

Mittel CHF 696.-

Schwer CHF 928.-

Haben Sie eine Patientenverfügung?  
(wenn ja, beim Eintritt mitbringen) Ja  Nein

Sachwalter vorhanden? Ja  Nein

Sind Sie EinwohnerIn der Gemeinde Balzers? Ja  Nein

➔ Wenn nein, müssen Sie sich beim Einwohneramt Balzers registrieren.

**Meine nächsten Angehörigen**

*(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn/Tochter/Enkel/Beistand/Bekannte...)*

**1. Ansprechperson**

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Weitere Angehörige**

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Für die Aufnahme auf die Warteliste erklärt sich der Antragsteller ausdrücklich damit einverstanden, dass die Geschäftsleitung Auskünfte betreffend seinem allgemeinen Gesundheitszustand und der vorhandenen Pflegebedürftigkeit bei Ärzten und allenfalls Spitex einholen darf.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in oder Stellvertreter/in