



## Anmeldung Selbstverwaltetes Wohnen mit Unterstützung

---

<b>Name:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____
<b>Geb.-Datum:</b> _____	<b>Zivilstand:</b> _____
<b>Strasse:</b> _____	<b>Telefon:</b> _____
<b>PLZ:</b> _____	<b>Wohnort:</b> _____
<b>zivilrechtl. Wohnsitz:</b> _____	<b>Heimatort:</b> _____
<b>AHV-Nr.:</b> _____	<b>Konfession:</b> _____
<b>Krankenkasse:</b> _____	<b>Vers.-Nr.:</b> _____
<b>Sektion:</b> _____	
<b>Hausarzt:</b> _____	

Gewünschter Dienstleistung/ab wann: \_\_\_\_\_

<b>Adressen nächster Angehöriger:</b>			
Name Vorname	Adresse PLZ, Ort	Tel.-Nummer	Verwandtschaftsgrad:

**Bemerkungen:**

---

---

Der/die Unterzeichnete Person ermächtigt die Heimleitung, beim eigenen Hausarzt, beim Spital oder der Spitex allenfalls medizinische und pflegerelevante Auskünfte einzuholen.

Mit dieser Anmeldung anerkenne ich die zum Zeitpunkt geltende Abgeltungsregelung gemäss Konzept „Selbstverwaltetes Wohnen mit Unterstützung“ vorbehaltlos.

Als Gerichtsstand für allfällige Differenzen gilt Escholzmatt.

Ort und Datum:	Der Gesuchssteller oder gesetzl. Vertreter
----------------	--