



ANMELDE-FORMULAR

Wir bitten Sie, nachstehende Fragen möglichst vollständig zu beantworten und uns den ausgefüllten Fragebogen wieder zuzusenden.

| Fragen | | Antworten | | | | | |
|--------|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | Name / Vorname | | | | | | |
| 2. | Geburtsdatum | | | | | | |
| 3. | wenn minderjährig, Name der Eltern | | | | | | |
| 4. | Adresse | Strasse | | | | | |
| | | PLZ / Wohnort | | | | | |
| | | Telefonnummer | | | | | |
| 5. | Steuerdomizil | | | | | | |
| 6. | Zivilstand | <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> geschieden | | |
| 7. | Anzahl Kinder | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> : |
| 8. | Konfession | <input type="checkbox"/> kath. | <input type="checkbox"/> ref. | <input type="checkbox"/> : | | | |
| 9. | Sozialversicherungsnummer | | | | | | |
| 10. | Beruf | | | | | | |
| 11. | Hausarzt | Name | | | | | |
| | | Adresse | | | | | |
| | | Telefonnummer | | | | | |
| | Macht der Arzt Visite im BFVI? | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 12. | Name der Krankenversicherung | | | | | | |
| | Adresse der Krankenversicherung | | | | | | |
| | Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen | <input type="checkbox"/> erledigt | | | | | |
| | Versicherungs-kategorie | <input type="checkbox"/> Allg. | <input type="checkbox"/> Halbprivat | <input type="checkbox"/> Privat | | | |
| 13. | In welche Abteilung möchten sie eintreten? | <input type="checkbox"/> Pflegeheim (Feriengast) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Wohnheim | | | | | |
| 14. | Möchten Sie in unseren Werkstätten arbeiten? <i>(nur für Werkstätige bis zum AHV-Alter)</i> | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 15. | Sind Sie blind oder stark sehbehindert? | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 16. | Haben, hatten Sie Kontakt zu einer Beratungsstelle? | <input type="checkbox"/> Ja, welche: | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 17. | Wünschen Sie einen Telefonanschluss? | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 18. | Wünschen Sie Internetanschluss? | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 19. | Beziehen Sie eine Invaliden- oder Altersrente? | <input type="checkbox"/> AHV | <input type="checkbox"/> IV | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 20. | Beziehen Sie Ergänzungsleistung ? | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 21. | Beziehen Sie Hilflosenentschädigung ? Falls ja, bitte Kopie beilegen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwer | | |
| | | <input type="checkbox"/> nein | | | | | |
| 22. | Beziehen Sie Sozialhilfeleistungen? | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| 23. | Kopie der letzten Steuererklärung inkl. Beilagen | <input type="checkbox"/> erledigt | | | | | |



| Fragen | | Antworten | |
|--------|--|---|---|
| 24. | Vorsorgeauftrag vorhanden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Ja Kopie beilegen |
| 25. | <input type="checkbox"/> Personensorge <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung | <input type="checkbox"/> Vertretung Rechtsverkehr | |
| 26. | Patientenverfügung vorhanden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Ja Kopie beilegen |
| 27. | Wurden Sie in den vergangenen Monaten gegen Covid-19 positiv getestet? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Ja Wann: |
| 28. | Wurden Sie gegen Covid-19 geimpft? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Ja 1. Impfung: 2. Impfung: Wirkstoff: |
| 29. | An wen ist die Pensionsrechnung zu richten? Bitte Adressblatt vollständig ausfüllen. (Seite 3 und 4) | <input type="checkbox"/> Bewohnende oder Adressblatt: <input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson <input type="checkbox"/> 2. Kontaktperson <input type="checkbox"/> 3. Kontaktperson <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> Diverse | |
| 30. | Haben Sie die Informationsmappe erhalten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 31. | Haben Sie ein Informationsgespräch gehabt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 32. | Bemerkungen | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 31. | Ort/ Datum/ Unterschrift | | |



Adressblatt

Name/Vorname:

| | |
|---|--|
| 1. Kontaktperson | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Natel-Nr.: | |
| Mail: | |
| Beziehung: | |
| 2. Kontaktperson | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Natel-Nr.: | |
| Mail: | |
| Beziehung: | |
| 3. Kontaktperson | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Natel-Nr.: | |
| Mail: | |
| Beziehung: | |
| Beistand (Kopie Entscheid KESB beilegen) | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Natel-Nr.: | |
| Mail: | |
| Art der Beistandschaft: | |
| Hausarzt | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Mail: | |



| | |
|---------------------------|--|
| Augenarzt | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Mail: | |
| Zahnarzt | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Mail: | |
| Physiotherapie | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Mail: | |
| sonstige Therapien | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Art der Therapie: | |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Mail: | |
| Diverses | Notfall-Adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Was: | |
| Name/Vorname: | |
| Strasse, Postfach: | |
| PLZ/Ort: | |
| Tel.-Nr.: | |
| Mail: | |