

Eintritt Wohnen

ab _____

Eintritt Tagesstruktur

ab _____

- Tagesstruktur ganztags
- Tagesstruktur halbtags
- Tagesstruktur am Morgen
- Tagesstruktur am Nachmittag

Persönliche Angaben

Familienname _____

Lediger Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zivilstand _____

Konfession _____

Heimatort _____

IV Rente Ja nein

AHV Nr. _____

Berufliche Tätigkeit _____

Natel _____

E-Mail _____

Zivilrechtliche Wohnsitzgemeinde (Schriften)

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Gesetzliche Vertretung

Beistandschaft Ja Nein / Allfällige Verwandtschaftsbeziehung _____

Art der Beistandschaft: Begleitbeistandschaft Vertretungsbeistandschaft
 Mitwirkungsbeistandschaft Umfassende Beistandschaft

Name der Vertretung _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Natel _____

E-Mail _____

Besteht eine Massnahme

FU (Fürsorgerische Unterbringung)?

Ist eine andere Massnahme verfügt?

Wenn ja, welche: _____

Einweisende Stelle

Name / Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____ Email _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort / Institution / Eltern usw.

Grund der Anmeldung/Bemerkungen _____



Hausarzt _____

Psychiater _____

Weitere _____

Rechnungsempfänger/ -empfängerin

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Email _____

Versicherungen

Krankenkasse _____ VersicherungsNr. _____

Haftpflicht _____ Versicherungs-Nr. _____

Wichtige Kontaktperson / Angehörige

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Natel _____

E-Mail _____

Aufnahme in die Angebote der Stiftung Grabenhof

Vielen Dank für Ihr Interesse an der Stiftung Grabenhof. Sofern keine anderen Abmachungen getroffen wurden, werden wir uns nach Eingang des Aufnahmegesuches mit Ihnen in Verbindung setzen und die weitere Details sowie die allfälligen Eintrittsformalitäten besprechen.

Vor dem Eintritt erfolgt jeweils eine Schnupperzeit von 3 bis max. 5 Tagen.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie Ihr Interesse, die Angebote der Stiftung Grabenhof näher kennen zu lernen und einen möglichen Eintritt des Klienten/ der Klientin zu unterstützen.

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Oder gesetzliche Vertretung
