



Ehepartner / Lebenspartner		
Name / Vorname:	Adresse:	
Telefon:	E-Mail Adresse:	
Mobile:		
Angehörige Priorität 1		
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn      Andere:
Name / Vorname:	Adresse:	
Telefon:	E-Mail Adresse:	
Mobile:		
Angehörige Priorität 2		
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn      Andere:
Name / Vorname:	Adresse:	
Telefon:	E-Mail Adresse:	
Mobile:		
Vertretungsberechtigte Personen		
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Sachwalter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer?		
Für welche Angelegenheiten?		
Aktuelle Pflege- und Betreuungssituation		
<input type="checkbox"/> im häuslichen Umfeld durch:	<input type="checkbox"/> Privat:	<input type="checkbox"/> Familienhilfe:
<input type="checkbox"/> im Spital:		
<input type="checkbox"/> im Pflegeheim:		
Gründe, die aus Ihrer Sicht zur Anmeldung führen		

**Finanzielles und Sozialleistungen**AHV-Rente:  ja  neinIV-Rente:  ja  neinHilflosenentschädigung:  keine  leicht  mittel  schwer Antrag gestellt:  ja  neinErgänzungsleistungen:  ja  nein Antrag gestellt:  ja  neinRegeln Sie Ihre finanziellen Angelegenheiten selbst?  ja  nein

Wenn nein, wer ist dafür zuständig?

Name / Vorname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail Adresse:

**Erklärungen**

- Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben.
- Ich entbinde Ärzte von der Wahrung des Berufsgeheimnisses und ermächtige sie, dem Case Management der LAK alle notwendigen Auskünfte zu erteilen.
- Kann der zukünftige Bewohner aufgrund seines gesundheitlichen Zustands die Anmeldung nicht selbstständig vornehmen, bestätigt die anmeldende Person, dass die vorliegende Anmeldung mit ihm vorab besprochen wurde.

**Anmeldende Person** Zukünftiger Bewohner Name: Sachwalter / Vorsorgebevollmächtigter: Name: Angehörige Priorität 1: Name: Spital: Name: Hausarzt: Name: Andere: Name:

Ort, Datum, Unterschrift: .....

Liechtensteinische Alters- und Krankenhilfe (LAK)

Case Management

St. Florinsgasse 16

LI 9490 Vaduz

Tel. 00423 / 239 12 25

E-Mail: [case.management@lak.li](mailto:case.management@lak.li)

Hinweis: Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schliesst dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.