

# Anmeldung „Prävention und Vernetzung“

## Zu besuchende Person

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## Gewünschte Beratung

- Erkennen von Sturzrisikofaktoren und Vermeidung von Stürzen
- Vernetzung und soziale Sicherheit

## Wieso wird die Beratung gewünscht (Kurzbeschreibung der Situation)

---

---

---

## Bemerkungen

---

## Angemeldet durch

- mich selber (Adressdaten müssen nicht nochmals ausgefüllt werden)
- Die teilnehmende Person hat mir das Einverständnis zur Anmeldung erteilt

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift des Anmelders \_\_\_\_\_

Bitte wenden

**Bitte senden Sie dieses Formular in einem frankierten Kuvert an die Gemeindeverwaltung Ihrer Wohngemeinde:**

Gemeindeverwaltung Stansstad  
Achereggstrasse 1  
6362 Stansstad

Gemeindeverwaltung Dallenwil  
Stettlistrasse 1a  
6383 Dallenwil

Fragen zur Anmeldung beantwortet Ihnen das Sozialamt der entsprechenden Gemeinde gerne.

## Prävention und Vernetzung

Ein Gemeinschaftsprojekt von



In Kooperation mit



Gemeinde Stansstad



Gemeinde Dallenwil

**Wird durch die Gemeinde ausgefüllt:**

- Teilnahme bewilligt
- Teilnahme nicht bewilligt, Anmelder informiert

Grund der Ablehnung:

---

---