



# ANMELDUNG

zum Eintritt ins APH

## Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_  
verheiratete oder verwitwete Personen bitte auch Mädchenname der Ehefrau

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ Kanton \_\_\_\_\_

Wohnadresse

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

ehemaliger Beruf \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

### Leben Sie mit Angehörigen zusammen?

- Nein
- Ja, mit
- Sohn/Tochter
- Schwiegersohn/Schwiegertochter
- \_\_\_\_\_

### Wohnhaft /steuerlicher Wohnsitz

in Lachen seit \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

im Kanton Schwyz seit \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

in seit \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

## Eintritt

Gewünschter Eintritt

- sofort
- der Eintritt soll vorgemerkt werden
- der Eintritt ist auf \_\_\_\_\_ vorgesehen.

## Kontaktpersonen

### Nähere Angehörige

1) Name, Vorname,	_____	Tel.	_____
Adresse	_____		
2) Name, Vorname,	_____	Tel.	_____
Adresse	_____		
3) Name, Vorname	_____	Tel.	_____
Adresse	_____		

## Vertrauensperson

Name, Vorname,	_____	Tel.	_____
Adresse	_____		

## Rechnungstellung an:

Name, Vorname,	_____	Tel.	_____
Adresse	_____		

## Gesundheitszustand

Benötigen Sie für Ihre Körperpflege Hilfe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Benötigen Sie Diät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Wenn ja, welche?	_____	

Hausarzt: Dr. med.	_____
PLZ/Ort	_____
Strasse	_____

## Versicherungen

<u>Krankenkasse:</u>	_____
Sektion:	_____
PLZ/Ort	_____
Versicherungsnummer:	_____

<u>Unfallversicherung:</u>	_____
PLZ/Ort	_____
Versicherungsnummer:	_____

<u>Haftpflichtversicherung:</u>	_____
PLZ/Ort	_____
Versicherungsnummer:	_____

## Finanzielles

Beziehen Sie AHV-Ergänzungsleistungen?  Ja  Nein  
Hilflosenentschädigung?  Ja  Nein

Die AHV-Rente wird ausbezahlt von der:

Ausgleichskasse \_\_\_\_\_

Meine AHV-Nr. \_\_\_\_\_

## Verschiedenes

Es ist beabsichtigt, folgendes eigenes Mobiliar mitzubringen:

---

---

---

(NB: Bett und Nachttisch werden vom Heim gestellt)

Die unterzeichnete Person entbindet den Hausarzt von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht für das Ausfüllen des ärztlichen Zeugnisses und allfälliger medizinischer Auskünfte gegenüber der Heimleitung.

Das ärztliche Zeugnis wird von der Heimleitung beim Hausarzt direkt eingeholt.

Die Heimleitung verpflichtet sich, alle Angaben und ärztlichen Auskünfte streng vertraulich zu behandeln.

**Ort / Datum**

**Unterschrift**

---

---