

Anmeldung APH Biberzelten

Eintritt

☐ dringlich

☐ vorsorglich ab _____

Location

- ☐ Einzelzimmer mit Dusche und Balkon
- ☐ Doppelzimmer mit Dusche ohne Balkon
- ☐ Einzelzimmer mit Dusche ohne Balkon
- ☐ Erweiterungsbau, Einzelzimmer mit Dusche
- ☐ Einzelzimmer ohne Dusche ohne Balkon

Familienname: _____ lediger Name: _____

Vorname: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

Zivilstand: _____ AHV-Nummer: _____

Heimatort: _____

Bemerkungen: _____

Aktuelle Wohnadresse

Strasse/Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenkasse

Gesellschaft: _____ Vers.-Nr.: _____

PLZ/Ort: _____ Strasse/Nr.: _____

Telefon: _____

Hausarzt

Name/Vorname: _____ Tel. Praxis: _____

PLZ/Ort: _____ Strasse/Nr.: _____

Angaben zur Rechnungsstellung

Selbstzahler ☐

Andere Rechnungsadresse ☐

(bitte nachfolgend Adresse ausfüllen)

Verwandtschaftsgrad: _____

Name/Vorname: _____ Tel. Privat: _____

Strasse/Nr.: _____ Tel. Geschäft: _____

PLZ/Ort: _____ Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? ☐ Ja ☐ Nein

Erhalten Sie Hilflosenentschädigung? ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Steuererklärung muss dem APH vor dem Eintritt vorgelegt werden.

Haben Sie eine Patientenverfügung?
(wenn ja, beim Eintritt mitbringen) ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie einen Vorsorgeauftrag?
(wenn ja, beim Eintritt mitbringen) ☐ Ja ☐ Nein

Beistand (KESB) vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie EinwohnerIn der Gemeinde Lachen? ☐ Ja ☐ Nein
(mindestens 3 Jahre wohnhaft in der Gemeinde Lachen, **erst dann übernimmt Lachen Sozialleistungen. Vorher ist die ehem.Wohngemeinde zuständig.**)

Meine nächsten Angehörigen

(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B.
Sohn/Tochter/Enkel/Beistand/Bekannte)

1. Ansprechperson

Verwandtschaftsgrad: _____

Name/Vorname: _____ Tel. Privat: _____

Strasse/Nr.: _____ Tel. Geschäft: _____

PLZ/Ort: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Weitere Angehörige

Verwandtschaftsgrad: _____

Name/Vorname: _____ Tel. Privat: _____

Strasse/Nr.: _____ Tel. Geschäft: _____

PLZ/Ort: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Name/Vorname: _____ Tel. Privat: _____

Strasse/Nr.: _____ Tel. Geschäft: _____

PLZ/Ort: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Für die Aufnahme auf die Warteliste erklärt sich der Antragsteller ausdrücklich damit einverstanden, dass die Geschäftsleitung Auskünfte zum Gesundheitszustand und der vorhandenen Pflegebedürftigkeit bei Ärzten und allenfalls Spitex einholen darf.

Ort/Datum: _____

Unterschrift Antragsteller/in oder Stellvertreter/in: _____