

## Anmeldung

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Zivilstand

---

Postleitzahl

---

Wohnort

---

Strasse

---

Heimatort

---

Telefon

---

Konfession

---

Sozialversicherungsnummer (AHV-Nr. 756.XXXX.XXXX.XX)

---

Krankenkasse inkl. Adresse und Versichertennummer

---

---

---

### Hausarzt / Spezialärzte (inklusive Spezialgebiet)

Name und Adresse inklusive Telefonnummer

---

---

---

### Bezugspersonen / Vertretungsverhältnis

Name Adresse inklusive Telefonnummer und E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

---

---

---

### Rechnungsadresse

Name und Adresse inklusive Telefonnummer und E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

---

---

---

Ab dem 2. Aufenthaltsmonat wird per LSV abgerechnet.

### Verschiedenes

Patientenverfügung vorhanden  Ja  Nein

Vorsorgeauftrag vorhanden  Ja  Nein

Gewünschte Medien (Anschluss) im Bewohnerzimmer  TV  Telefon

Eintritt vorgesehen per Datum: \_\_\_\_\_  Sofort

### Bemerkungen

---

---

---

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der aufgeführten Angaben und ermächtigt die Alterssiedlung Root nach Bedarf beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Ort/Datum

Unterschrift