

## Anmeldung

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Zivilstand

---

Postleitzahl

---

Wohnort

---

Strasse

---

Nationalität

---

Telefon

---

Konfession

---

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

---

Wohngemeinde in den letzten 5 Jahren

---

Krankenkasse inkl. Adresse und Versichertennummer

---

---

---

### Hausarzt / Fachärzte (inklusive Spezialgebiet)

Name und Adresse inklusive Telefonnummer

---

---

---

### Bezugspersonen / Vertretungsverhältnis

Name Adresse inklusive Telefonnummer und E-Mail-Adresse

---

---

---

### Rechnungsadresse

Name und Adresse inklusive Telefonnummer und E-Mail-Adresse

---

---

---

### Verschiedenes

Patientenverfügung vorhanden  Ja  Nein

Vorsorgeauftrag vorhanden  Ja  Nein

Kurzzeitaufenthalt (mind. 3 Wochen)

Langzeitaufenthalt

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

### 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.

Falls kein Bedarf mehr bestehen sollte, bitten wir um umgehende Information.

Ort/Datum

Unterschrift

---

---