

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
(Rechnungsversand erfolgt per E-Mail)

Verschiedenes

Patientenverfügung vorhanden Ja Nein

Vorsorgeauftrag vorhanden Ja Nein

Kurzzeitaufenthalt (mind. 3 Wochen)

Langzeitaufenthalt

vorsorgliche Anmeldung Wenn ein Eintritt konkret wird, muss die Alterssiedlung Root aktiv informiert werden

dringliche Anmeldung

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
