… zuhause im Alter

Anmeldung

1. Personalien

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort: .....

Geburtsdatum: ..... Konfession: .....

Heimatort: ..... Zivilstand: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

2. Kontaktdaten Angehörigen / Haus- oder behandelnder Arzt

1. Kontaktperson

Verbindung und/oder Bezugsrolle: .....

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

2. Kontaktperson

Verbindung und/oder Bezugsrolle: .....

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Haus- oder behandelnder Arzt

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

3. Organisatorische Angaben

3.1. Bankverbindung

Bank: ..... Filiale: .....

IBAN-Nr.: ..... PLZ/Ort.: .....

Gewünschte Zahlungsart: ☐ **LSV-**Verfahren ☐ auf Rechnung (QR-Code)

3.2. Krankenkasse

Krankenkasse: ..... Mitglied-Nr.: .....

Bitte eine Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen – besten Dank

3.3. Fachstelle für Kostengutsprache

Stelle: ..... Abteilung: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

4. Persönliches

(Bitte eine Kopie der Patientenverfügung beilegen – besten Dank)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gewünschtes Eintrittsdatum: ..... Wunsch-Zimmer: .....

....

Ort / Datum Unterschrift