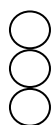


Eintritts - und Anmeldeformular



Definitiv ab:
 Ferien von: bis:
 Vorsorglich (nur erste Seite auszufüllen)

Personalien:

Vorname:			
Name:			Name als ledig:
Strasse:			
PLZ:			
Ort:			
Tel. Nr.:			
Geb. Datum:			
AHV - Nr.:			
Eintritt von:			
Zivilstand:			
Geb.Ort.:			
Heimatort / Staatsangehörigkeit:			
Letzter Wohnort:			
Wohnhaft im Kant. Solothurn seit:			
ledig: <input type="checkbox"/>	verheiratet: <input type="checkbox"/>	verwitwet: <input type="checkbox"/>	geschieden: <input type="checkbox"/>
	seit:	seit:	seit:

Ehegatte:

Familienname:			Ledigname:
Vorname:			
Heimatort:			
Wohnort:			

Angaben für die Statistik:

Beruf (vor der Pensionierung)		
Konfession:		

Hausarzt:

Teilen Sie uns bitte mit, ob sich Ihr Hausarzt für die Dauer Ihres Aufenthaltes weiter um Sie kümmert, oder Sie durch durch einen regionalen Arzt betreut werden wollen.

Anrede:		
Name:		
Strasse:		
PLZ:		
Ort:		
Tel. Nr.:	Fax:	
E-Mail:		

1. Vertrauensperson / Gesetzlicher Vertreter / zuständig für Finanzen

Vorname:		
Name:		
Strasse:		
PLZ:		
Ort:		
Tel. Nr.Privat:	Tel.Nr. G.:	
Mobil Nr.:	E-Mail:	
Verwandschaftsgrad / Funktion:	bitte wenden	

2. Vertrauensperson			
Vorname:			
Name:			
Strasse:			
PLZ:			
Ort:			
Tel. Nr.Privat:		Tel.Nr. G.:	
Mobil Nr.:			
E-Mail:			
Verwandschaftsgrad / Funktion:			

3. Vertrauensperson			
Vorname:			
Name:			
Strasse:			
PLZ:			
Ort:			
Tel. Nr.Privat:		Tel.Nr. G.:	
Mobil Nr.:			
E-Mail:			
Verwandschaftsgrad / Funktion:			
Mitglied bei EXIT?	Ja 0	Nein 0	

Bitte legen Sie entsprechende Vollmachten (Kopien) bei.

Korrespondenz ist zu richten an:

Benachrichtigungen im:					
Notfall:	wer:	Tel.:	Tag:	<input type="radio"/>	Nacht: <input type="radio"/>
Todesfall:	wer:	Tel.:	Tag:	<input type="radio"/>	Nacht: <input type="radio"/>

Krankenkasse:			
Name:			
Strasse:			
PLZ:			
Ort:			
Tel. Nr.			
Vers. Nr.		Karten. Nr.	

Sind Sie im Besitz einer Patientenverfügung? Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie bei.

Ja

Nein

Bank- oder Postverbindung (für evtl. Rückzahlungen):
Name der Bank:
Kontoinhaber:
Kontonummer:

Ich bestätige die Richtigkeit der vorgenannten Angaben und anerkenne die gültige Preisliste des Seniorenzentrums Untergäu, Hägendorf

Ort und Datum:

Unterschrift:

Wir danken Ihnen für die Rücksendung des vollständig ausgefüllten Anmeldeformulars und sichern Ihnen eine vertrauliche Behandlung Ihrer Angaben zu.