

- Definitiv ab _____
 Ferien von _____ bis _____
 Vorsorglich (nur erste Seite ausfüllen)

Personalien:			
Vorname:			
Name:			
Strasse:			
PLZ:		Ort:	
Tel. Nr.:		Geb. Datum:	
AHV-Nr.:		Geb. Ort:	
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet, seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet, seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden, seit _____		
Heimatort / Staatsangehörigkeit:			
Wohnhaft in der Gemeinde seit:			
Wohnhaft im Kt. Solothurn seit:			

Ehegatte:	
Familiename:	
Ledigname:	
Vorname:	
Heimatort:	
Wohnort:	

Angaben für die Statistik:	
Beruf (vor der Pensionierung):	
Stellung im Beruf:	
Konfession:	

Hausärztin oder Hausarzt:			
Anrede:			
Name:			
Strasse:			
PLZ:		Ort:	
Tel. Nr. :		Fax:	
E-Mail:			
1. Vertrauensperson / Gesetzliche Vertreterin oder gesetzlicher Vertreter			
Vorname:			
Name:			
Strasse:			
PLZ:		Ort:	
Tel. Nr. privat:		Tel. Nr. G.:	
Mobil Nr. :			
E-Mail:			
Verwandschaftsgrad / Funktion:			
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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------------------	---

➔ Bitte legen Sie entsprechende Vollmachten (Kopie) bei.

Korrespondenz ist zu richten an:	<input type="checkbox"/> mich	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.
	<input type="checkbox"/> Treuhand			<input type="checkbox"/> LSV

Benachrichtigung im:				
Notfall	wer:		Tag	<input type="checkbox"/>
				Nacht <input type="checkbox"/>
Todesfall	wer:		Tag	<input type="checkbox"/>
				Nacht <input type="checkbox"/>

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

Sind Sie in Besitz einer Patientenverfügung? Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie bei.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind Sie in Besitz eines Vorsorgeauftrages? Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie bei.
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erhalten Sie Ergänzungsleitungen zur AHV?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Wenn ja, bitte Auszahlungsbeleg beilegen)		

Erhalten Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Wenn ja, bitte Auszahlungsbeleg beilegen)		

Wünschen Sie eine Finanzierungsberatung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Wenn nein, benötigen wir einen Finanzierungsnachweis = def. Letzte Steuererklärung)		

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