

Definitiv ab: _____
 Ferien von: _____ bis: _____

Vorsorglich (nur erste Seite ausfüllen)

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

| Ehegatte: | |
|---------------|--|
| Familienname: | |
| Ledigname: | |
| Vorname: | |
| Heimatort: | |
| Wohnort: | |

| 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: | | | |
| Verwandtschaftsgrad/Funktion: | | | |

| 2. Vertrauensperson | | | |
|-------------------------------|--|--------------|--|
| Vorname: | | | |
| Name: | | | |
| Strasse: | | | |
| PLZ: | | Ort: | |
| Tel. Nr. privat: | | Tel. Nr. G.: | |
| Mobil Nr. : | | | |
| E-Mail: | | | |
| Verwandtschaftsgrad/Funktion: | | | |

3. Vertrauensperson

| | | | |
|---------------------------------|--|--------------|--|
| Vorname: | | | |
| Name: | | | |
| Strasse: | | | |
| PLZ: | | Ort: | |
| Tel. Nr. privat: | | Tel. Nr. G.: | |
| Mobil Nr. : | | | |
| E-Mail: | | | |
| Verwandtschaftsgrad / Funktion: | | | |

| | |
|----------------------|---|
| Mitgliedschaft EXIT: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|----------------------|---|

➔ Bitte legen Sie entsprechende Vollmachten (Kopie) bei.

Korrespondenz ist zu richten an: mich 1. 2. 3.
 Treuhand 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. ja nein

Sind Sie in Besitz eines Vorsorgeauftrages? Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie bei. ja nein

Erhalten Sie Ergänzungsleitungen zur AHV? ja nein
 (Wenn ja, bitte Auszahlungsbeleg beilegen)

Erhalten Sie Hilflosenentschädigung? ja nein
 (Wenn ja, bitte Auszahlungsbeleg beilegen)

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.