

Antragsformular für die Mitgliedschaft

1. Personalien

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht männlich weiblich

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon P _____ Telefon G _____

Mobil _____ E-Mail _____

Bank- oder Postverbindung _____

IBAN _____

Zustelladresse (falls nicht identisch mit der oben erwähnten Adresse)

Telefon _____
E-Mail _____

2. Versicherungsstatus

- 2.1 Bei welcher Krankenkasse sind Sie **ab Beitrtsdatum in den Spital Club** grundversichert (allgemein versichert)?

2.2 Falls Sie nicht im Kanton Solothurn wohnen: Haben Sie den Zusatz „Allgemein ganze Schweiz“ bei Ihrem Grundversicherer abgeschlossen? Ja Nein

2.3 Sind Sie halbprivat oder privat versichert? Ja Nein
Wenn Sie Frage 2.3 mit „Ja“ beantwortet haben:
Müssen Sie die Zusatzversicherung bei Aufnahme in den Spital Club kündigen? Ja Nein

3. Individuelle Gesundheitsdaten

3.1 Grösse ____ cm Gewicht ____ kg

3.2 Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja Nein *Wenn ja, welche Medikamente und wie viele?* _____3.3 Sind Sie aktuell Raucher/Raucherin? Ja Nein *Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?* _____3.4 Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein *Wenn ja, weshalb* _____*Bei wem* _____3.5 Gehen Sie regelmässig zum Arzt in Kontrolle? Ja Nein *Wenn ja, weshalb* _____*Bei wem* _____

3.6 Nennen Sie alle für die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes wichtigen Spitalaufenthalte in Ihrem bisherigen Leben.

Jahr Grund Spital

3.7 Nennen Sie alle für die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes wichtigen ärztlichen Behandlungen der letzten Jahre.

Jahr Grund Arzt

3.8 Rechnen Sie mit einem Spitalaufenthalt in absehbarer Zeit (geplant oder vermutet)?

Jahr Grund Spital

3.9 Rechnen Sie mit einer ärztlichen Behandlung in absehbarer Zeit?

Wann Grund

Arzt

3.10 Haben Sie ein chronisches Leiden, spürbare Folgen einer Krankheit oder eines Unfalles?

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Art _____

Zusatzfrage für Frauen:

3.11 Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben:

Ja

Nein

errechneter Geburtstermin _____

Erklärung

Der/Die Unterzeichnete erklärt:

- Kenntnis zu haben, dass das Angebot in den Spitäler der Solothurner Spitäler AG (soH): im Bürgerspital Solothurn, im Kantonsspital Olten und im Spital Dornach Gültigkeit hat. Es gilt auch im Inselspital Bern, wenn aus medizinischen Gründen eine Verlegung notwendig ist.
- Die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
- Den Spital Club Solothurn zu ermächtigen, bei ÄrztInnen, ZahnärztInnen, TherapeutInnen, Spitäler, medizinischem Personal die Auskünfte (insbesondere über den Gesundheitszustand) einzuholen, die für den Beitritt in den Spital Club erforderlich sind, und sie dafür vom Berufsgeheimnis zu entbinden. Der Spital Club Solothurn verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.
- Die Statuten über den Spital Club Solothurn erhalten zu haben und anzuerkennen.
- Davon Kenntnis genommen zu haben, dass unwahre oder unvollständige Angaben eine Mitgliedschaftablehnung, einen Ausschluss aus dem Spital Club Solothurn, eine Verweigerung von Leistungen oder eine nachträgliche Vorbehaltsanbringung zur Folge haben.
- Von der Empfehlung Kenntnis zu haben, dass der bisherige Spitalzusatz (z.B. halbprivat, privat oder Hotelzusatz) erst gekündigt wird, wenn die vertrauensärztliche Beurteilung vom Spital Club Solothurn positiv ausgefallen ist.
- Dass er/sie die Mitgliederbeiträge jeweils zum Voraus bezahlt (d.h. die Mitgliederbeiträge des laufenden Monats sind jeweils per Ende des Vormonats zu bezahlen).
- Dass er/sie einverstanden ist, dass der Spital Club von der Solothurner Spitäler AG (soH) mittels einer „Besucherliste“ über meinen Spitäleintritt informiert wird.
- Kenntnis zu haben, dass das Leistungsangebot an die Kapazitäten unserer Partnerspitäler gebunden (räumlich, personell und kapazitätsmässig) ist. Deshalb haben unsere Mitglieder gemäss Art. 9 Abs. 3 Statuten keinen verbindlichen Rechtsanspruch auf das Leistungsangebot.

4. Mitgliedschaft

4.1 Gewünschte Kategorie

- Einbettzimer**
 - Privat**
 - Privat mit SE 2'000**
 - Halbprivat**
 - Halbprivat mit SE 1'000**

4.2 Gewünschter Mitgliedschafts-Beginn

4.3 Zahlungen monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller

Bitte das unterzeichnete Formular einsenden an: Spital Club Solothurn
Schöngünstrasse 38
4500 Solothurn

Umfrage

Wie sind Sie auf den Spital Club aufmerksam geworden? (Bitte Feld ankreuzen)

Internet □ Publi-Reportage □ Spital Club Prospekt □ Eckinserate □
Übrige

Mir wurde der Spital Club von folgender Person vermittelt (Adresse):

Vorname, Name, Strasse, Nr., PLZ, Ort