

# 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 Beitrittsdatum 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.

<u>Jahr</u>	<u>Grund</u>	<u>Spital</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

<u>Jahr</u>	<u>Grund</u>	<u>Arzt</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

<u>Jahr</u>	<u>Grund</u>	<u>Spital</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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?

Ja

Nein

Wenn Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben:

errechneter Geburtstermin \_\_\_\_\_

## Erklärung

Der/Die Unterzeichnete erklärt:

- Kenntnis zu haben, dass das Angebot in den Spitälern der Solothurner Spitäler AG (soH): im Bürgerspital Solothurn, im Kantonsspital Olten und im Spital Dornach Gültigkeit hat. Es gilt auch im Inselehospital 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, Spitälern, 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 Mitgliedschaftsablehnung, 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 Spitaleintritt 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

- 1  **Einbettzimmer**
- 1A  **Privat**
- 1A-  **Privat mit SE 2'000**
- 2A  **Halbprivat**
- 2A-  **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  
Schöngrünstrasse 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vertrauensärztliche Beurteilung** (bitte leer lassen)

---

---

---

---

---

---

---

**Entscheid Geschäftsstelle** (bitte leer lassen)

Aufnahme

Ablehnung

Ort und Datum

Unterschrift

---

---

**Telefonische Bestätigung** (bitte leer lassen)

Ort und Datum

Visum

---

---

**System erfass** (bitte leer lassen)

Ort und Datum

Visum

---

---