



# Anmeldung Pflege & Betreuung

Dieser Teil wird vom SRK ausgefüllt:

Klienten-Nr.			
Erfasst von			
Tarif			
Debitor			
Eintritt		Austritt	

## Anfragende Person / Institution:

Bereits Klient beim SRK Baselland:

Ja  Nein

Anrede	Weiteres	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Divers	<input type="checkbox"/> Institution	<input type="checkbox"/> Angehörige
Name Vorname						
Institution (Spital, Praxis usw.)						
Strasse und Nr.						
PLZ / Wohnort						
Telefon direkt / Mobil						
E-Mail						
Beziehungsgrad zum Klienten / zur Klientin						

## Angaben Klienten / Klientin

Bereits Klient beim SRK Baselland:

Ja  Nein

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Divers
Name Vorname			
Geburtsdatum			
Strasse und Nr.			
PLZ / Wohnort			
Telefon / Mobil			
E-Mail			
Nationalität / Sprache			
Wohnsituation (Haus / Wohnung & Stockwerk)			
Parkmöglichkeiten			

## Angaben Kranken-/Unfallversicherung:

Versicherung	<input type="checkbox"/> KVF	<input type="checkbox"/> UVG	<input type="checkbox"/> IV
Kranken-/Unfallversicherung			
Adresse Krankenkasse			
Versicherungskarten-Nr.			
Versicherungs-Nr.			
Sozialversicherungs-Nr.			



## Anmeldung Pflege & Betreuung

## **Überweisungsgrund/Diagnose:**

Mobilität	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:
Kognitive Einschränkungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> alleinlebend	<input type="checkbox"/> mit/in:

#### **Betreuungsrelevante Informationen/Nebendiagnosen:**

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at [john.smith@researchinstitute.org](mailto:john.smith@researchinstitute.org).

## **Angaben Hausarzt**

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers
Facharzt/Behandelnder Arzt	
Institution	
Strasse und Nr.	
PLZ / Wohnort	
Telefon direkt	
E-Mail	

## **Bezugsperson, Angehörige**

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers
Name Vorname	
Strasse und Nr.	
PLZ / Wohnort	
Telefon / Mobil	
E-Mail	
Beziehungsstatus	



# Anmeldung Pflege & Betreuung

## Rechnung:

Rechnung an	<input type="checkbox"/> Klient / Klientin <input type="checkbox"/> andere Rechnungsadresse
Name Vorname	
Strasse und Nr.	
PLZ / Wohnort	
Telefon / Mobil	
E-Mail	

## Gewünschte Dienstleistungen:

- Selbstzahlend
- Zusatzversicherung
- Andere:

## Ambulante Grundpflege:

1. Einsatz am	Einsatzdauer (Std./Tg)	Art der Hilfe

## Betreuung / Demenz:

1. Einsatz am	Einsatzdauer (Std./Tg)	Art der Hilfe

## Hauswirtschaftliche Leistungen:

1. Einsatz am	Einsatzdauer (Std./Tg)	Art der Hilfe

## Weitere involvierte Dienste:

--



## Anmeldung Pflege & Betreuung

### Bemerkungen:

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |                                  |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anzeige | <input type="checkbox"/> Empfehlung       | <input type="checkbox"/> Social Media Plattform |
| <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> eigene Recherche | <input type="checkbox"/> Facebook               |
| <input type="checkbox"/> Flyer   | <input type="checkbox"/> Website          | <input type="checkbox"/> Instagram              |

Bemerkung:

Einsatzplan - Plan an:

### Zur Kenntnisnahme:

- Mit dieser Anmeldung bestätigen Sie die «Allgemeinen Vertragsbedingungen» zur Kenntnis genommen zu haben.
- Die Anmeldung wird zu den üblichen Bürozeiten: Montag bis Freitag von 08:00-11:30 Uhr / 13.30-16:30 Uhr bearbeitet.
- Mit der Anmeldung entsteht kein rechtlich einklagbarer Anspruch auf eine Betreuungseinsatz.
- Sie stimmen unserer Geheimhaltungspflicht und Datenschutz-Vereinbarung in der «Allgemeinen Vertragsbedingungen» zu.

Ort und Datum.....

**Formular bitte in digitaler Form per E-Mail an  
entlastung@srk-baselband.ch senden.**