

**Angaben zur betagten Person**

|              |                                                             |              |  |
|--------------|-------------------------------------------------------------|--------------|--|
| Anrede       | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr |              |  |
| Name         |                                                             | Tel. Privat  |  |
| Vorname      |                                                             | Tel. Mobil   |  |
| Strasse, Nr. |                                                             | E-Mail       |  |
| PLZ          |                                                             | Nationalität |  |
| Wohnort      |                                                             | Geburtsland  |  |
| Geburtsdatum |                                                             | Sprachen     |  |

**Bezugsperson 1****Bezugsperson 2**

|                  |                                                             |                  |                                                             |
|------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------|
| Name             |                                                             | Name             |                                                             |
| Vorname          |                                                             | Vorname          |                                                             |
| Anrede           | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | Anrede           | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr |
| Bezug zur Person |                                                             | Bezug zur Person |                                                             |
| Tel. Privat      |                                                             | Tel. Privat      |                                                             |
| Tel. Mobil       |                                                             | Tel. Mobil       |                                                             |
| E-Mail           |                                                             | E-Mail           |                                                             |

**Andere involvierte Dienste**

|          |  |         |  |
|----------|--|---------|--|
| Spitex   |  | SEOP    |  |
| Hausarzt |  | Anderes |  |

**Wie sind Sie auf unser Angebot aufmerksam geworden?**

- |                                                 |                                         |                                       |                                       |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Benevol BL/BS          | <input type="checkbox"/> Aushang        | <input type="checkbox"/> Zeitung      | <input type="checkbox"/> Standaktion  |
| <input type="checkbox"/> Website SRK BL         | <input type="checkbox"/> Suchmaschine   | <input type="checkbox"/> Social Media | <input type="checkbox"/> Kirche:..... |
| <input type="checkbox"/> Newsletter             | <input type="checkbox"/> Arbeitgeber    | <input type="checkbox"/> Flyer        |                                       |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung durch ..... | <input type="checkbox"/> Anderes: ..... |                                       |                                       |

**Für die Abklärungspauschale von CHF 50.- erhalten Sie eine Rechnung.** Wir erheben für Papierrechnungen eine Gebühr von CHF 3.- pro Rechnung.

|                          |                                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ich wünsche mir anstelle eine kostenlose Digitalrechnung. |
| E-Mail                   |                                                           |
| Name                     |                                                           |
| Rechnungsadresse         |                                                           |



- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Koordinatorin mit den aufgeführten Bezugspersonen (Privatpersonen, Behörden, Fachstellen) Rücksprache nehmen kann.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Koordinatorin mit meiner freiwilligen Besuchsperson Rücksprache nehmen kann.

Die Koordinatorin und die freiwillige Besuchsperson unterstehen der Schweigepflicht.

Mit der Unterschrift bestätigt der/die Klient/in, dass das SRK Baselland die Personendaten erfasst, speichert und für die Abwicklung der Freiwilligendienste verwendet.

Ort und Datum .....

Unterschrift .....