



GEMEINDE BINNINGEN

Soziale Dienste und Gesundheit

Zuständig: Karin Rennard
Ressort: Fachstelle Alter und Gesundheit
Direkt: 061 425 53 40
E-Mail: fag@binningen.bl.ch

Gemeinde Binningen
Soziale Dienste
Curt Goetz-Strasse 1
4102 Binningen

Antragsformular für die Entschädigung von Entlastungsleistungen bei der Pflege und Betreuung zu Hause

Antragsteller/in:

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ/Wohnort _____

Pflege-/betreuungsbedürftige Person:

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ/Wohnort _____

Wer erbringt die regelmässige unentgeltliche Pflege und Betreuung?

- Antragsteller/in
 Andere Person

Verhältnis der pflegenden/betreuenden Person zur pflege-/betreuungsbedürftigen Person?

Kurze Beschreibung der Pflegesituation

Name des Hausarztes/der Hausärztin

→ Bitte zum Antrag gültiges Arztzeugnis beilegen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.



GEMEINDE BINNINGEN

Soziale Dienste und Gesundheit

Zur administrativen Erfassung bitten wir Sie um folgende Angaben

- Wer soll die Entlastungsleistung erbringen?

Name _____

Adresse _____

- Art der Entlastung? (Z.B. Betreuen, Hilfe im Haushalt)

- Zeitlicher Umfang pro Monat?

Für die Richtigkeit der Angaben

Datum _____

Unterschrift des/der Antragssteller/in

Das vollständig ausgefüllte Formular plus Arztzeugnis schicken Sie bitte an:

Gemeinde Binningen
Soziale Dienste
Curt Goetz-Strasse 1
4102 Binningen

Ärztliches Zeugnis

zum Antrag für die Entschädigung von Entlastungsleistungen bei der Pflege und Betreuung zu Hause

Pflege-/betreuungsbedürftige Person:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Wohnort _____

Beanspruchung der Pflege-/Betreuungsperson für mehrere der folgenden Hilfeleistungen pro Tag:

- An- und Auskleiden
 - Sich setzen, Aufstehen, Zubettgehen
 - Nahrungsaufnahme
 - tägliche Körperpflege
 - Benutzen der Toilette
 - Fortbewegung im Haus
 - Aktivitäten zum Erhalt der Mobilität
 - Pflege sozialer Kontakte
- (zutreffendes bitte kennzeichnen)

Beanspruchung pro Tag _____ Std.

Ist aus medizinischen Gründen eine ständige Überwachung notwendig? Ja Nein

Müsste die zu pflegende/betreuende Person ohne diese Hilfeleistungen in eine stationäre Einrichtung eingewiesen werden? Ja Nein

Bemerkungen:

Ort _____

Datum _____

Der Arzt / die Ärztin:
(Stempel und Unterschrift)