



Datenblatt Klient/in

Klient/in:

Name: _____

Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____ Natel: _____

E-Mail: _____

Gewünschte Kontaktaufnahme per: per E-Mail per Telefon

Wichtige Informationen:

Kontaktperson/ Angehörige: _____

Involvierte Institution(en): _____

Sozialversicherung beantragt: Ergänzungsleistung Hilflosenentschädigung

Hausarzt, Name, Adresse: _____

Ausgangslage/ Fragenstellung: _____

Datum der Anfrage: _____

(Bitte ausgefüllt und scanned an Email info@beratungsnetz-basel.ch senden. Danke)