



**Anmeldung / Bewohnerfragebogen für das
barrierefreie Wohnen mit Service in Schkeuditz**

**„Am Rathausplatz Schkeuditz“
04435 Schkeuditz, Rathausplatz 5**

Freiwillige Angaben *
1. Nachname: (bei Frauen auch Geburtsname angeben)
2. Vorname:
3. Derzeitiger Wohnsitz: PLZ: _____ Stadt: _____ Straße: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____
4. Geburtsdatum: _____
5. Geburtsort: _____
6. Familienstand:*
7. Staatsangehörigkeit:*
8. Konfession:*

<p>9. Angehörige:*</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tel.: _____ E-Mail: _____</p> <p>Wie verwandt: _____</p>
<p>10. Angehörige:*</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tel.: _____ E- Mail: _____</p> <p>Wie verwandt: _____</p>
<p>11. Betreuer/in:*</p> <p>Name/ Vorname: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Tel-Nr.: _____</p> <p>_____</p> <p>Betreuerausweis: ja / nein</p>
<p>12. Krankenkasse: Telefon:</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Mitgliedsnummer: _____</p>
<p>13. Pflegegrad:</p> <p>Wenn ja welcher: _____</p> <p>Erforderliche Hilfe durch den Pflegedienst:*</p> <p>Pflegeleistungen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Volkssolidarität Kreisverband Leipziger Land / Muldentale e.V.

04207 Leipzig, Dietzmannstr. 12

Tel.: 0341-904250

E-Mail: vs-sekretariat@vs-leipzigerland-mtl.de

Fax.: 0341-9042511

Internet: www.vs-leipzigerland-mtl.de

Behandlungspflege über eine Verordnung häuslicher Krankenpflege:*

- Insulininjektion _____
- Medikamentengabe _____
- Wundverband _____
- Kompressionsstrümpfe _____
- Sonstiges

Andere Dienstleistungen: z. B. Essen auf Rädern

14. Unterstützung von einem Sozialhilfeträger:*

Ja / nein

Wenn ja, welcher Sozialhilfeträger:

Adresse: _____

15. Name und Adresse Hausarzt:

Tel: _____

16.Name und Adresse Facharzt:

Tel.: _____

Hinweise / Anmerkungen:

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort/Datum: _____

Unterschrift Antragsteller: _____