

Gradmann Haus Stuttgart - Kaltental

**Fohrenbühlstr. 10
70569 Stuttgart**

Telefon
Hausleitung (Frau U.Queisser)
StellvPflegedienstleitung (Herr B.Gross)
Tagesbetreuung
Fax:

0711 / 68 68 77-0
68 68 77-22
68 68 77-20
68 68 77-23
68 68 77-46

E-Mail: Ursula.Queisser@eva-stuttgart.de
E-Mail: gh.tagesbetreuung@eva-stuttgart.de

Anmeldung zur Aufnahme

in stationäre Wohngruppen beschützter Wohnbereich für mobile Menschen mit Demenz	<input type="checkbox"/>
in gerontopsychiatrische Tagesbetreuung Tagespflege für mobile Menschen mit Demenz (Wunschtage: Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>

1. Name _____ Vorname _____

2. gegebenenfalls Geburtsname _____

3. Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

4. Familienstand: _____ Beruf: _____

5. Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

6. Schwerbehindertenausweis Ja Nein Wie viel % _____

7. Hauptwohnsitz _____
StraÙe, Hausnummer _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

8. Derzeitiger Aufenthalt (nur auszufüllen, wenn nicht mit Hauptwohnsitz übereinstimmend)

 Straße, Hausnummer

 Telefon

Postleitzahl

 Wohnort

9. Angehörige und nahe stehende Personen:

Verwand- schaftsgrad	Vor- u. Nachname	Anschrift und E-mail-Adresse	Telefon

10. Besteht eine gesetzliche Betreuung?
Ja
Nein

 Wenn *Ja*: für welche(n) Aufgabenkreis(e): _____

 Name, Anschrift, Telefon und E-mail-Adresse des Betreuers / der Betreuerin:

 Liegt ein **Unterbringungsbeschluss** für eine beschützende Einrichtung vor

 ja (Kopie anbei)

 ist beantragt _____ (Ort/Datum)

11. Existiert eine Vorsorgevollmacht oder Generalvollmacht?
Ja
Nein

Name der / des Bevollmächtigten: _____

12. Ist die Vollmacht notariell beurkundet oder beglaubigt?
Ja
Nein

13. Existiert eine **Patientenverfügung**? *Ja* *Nein*

14. Krankenkasse /Pflegekasse: _____

Mitgliedsnr.: _____ Rezeptgebührenbefreiung: *Ja* *Nein*

15. Andere Zuschüsse / Einkünfte

Beihilfeansprüche (z.B. Beamte) von woher?

sonstige Leistungsansprüche zur Pflege von woher?

Sozialhilfe

Wurde bereits ein Antrag auf Sozialhilfe im Rahmen der "Hilfe zur Pflege" (SGB XII § 61) gestellt? *Ja* *Nein*

Wenn *Ja* bei welchem Sozialamt? _____

16. Fachärztliche Diagnose einer Demenz gegeben? *Ja*

Nein

(falls *Ja* bitte Kopien beilegen)

Arztberichte oder Krankheitsunterlagen vorhanden? *Ja*

(falls *Ja* bitte Kopien beilegen) *Nein*

Aktuelles ärztliches Zeugnis vorhanden? *Ja*

Nein

Gehfähigkeit *erhalten* *eingeschränkt* *stark eingeschränkt*

Bewegungsbedürfnis *groß* *mittel* *gering*

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Falls noch kein Pflegegrad festgestellt wurde:

Wurde ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt? *Ja* *Nein*

Sonstige körperliche Erkrankungen (z. B. Diabetes, Blutgerinnungsstörungen etc.):

17. Andere psychische / psychiatrische Erkrankungen *Ja* *Nein*

Wenn Ja welche? _____

18. Körperliche Behinderungen: gehbehindert sehbehindert hörbehindert
 rollstuhlgebunden

Sonstige Behinderungen _____

19. Bestehen Allergien und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja: welche?

Nein Ja: _____

20. Hausarzt: _____
Name, Vorname Telefon

Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Kann dieser Arzt die Behandlung der/des Kranken im Heim weiterführen?

Ja
Nein

21. Wer nimmt die Anmeldung zur Heimaufnahme vor?

Name, Vorname

Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Telefon E-Mail

Einverständniserklärung: Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten für sozialplanerische und statistische Zwecke anonym verwendet werden dürfen. Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Ich bestätige, dass die oben genannten Kontaktpersonen (siehe Punkt Nr. 9.) mir ihr Einverständnis gegeben haben, ihre Daten an die Administration Gradmannhaus weiterzugeben und sie dort innerhalb der Dokumentation/Akte für die Dauer der gesetzlichen und relevanten Aufbewahrungsfristen zu speichern.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)