

## 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](mailto:Ursula.Queisser@eva-stuttgart.de)  
E-Mail: [gh.tagesbetreuung@eva-stuttgart.de](mailto:gh.tagesbetreuung@eva-stuttgart.de)

### Anmeldung zur Aufnahme

<b>in stationäre Wohngruppen</b> beschützter Wohnbereich für mobile Menschen mit Demenz	<input type="checkbox"/>
<b>in gerontopsychiatrische Tagesbetreuung</b> 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)