

## Gradmann Haus Stuttgart - Kaltental

**Fohrenbühlstr. 10**  
**70569 Stuttgart - Kaltental**

**Telefon** **0711 / 68 68 77-0**  
**Hausleitung** (Frau Karin Wietschorke) **68 68 77-22**  
**PDL** (Herr Marco Fürst) **68 68 77-20**  
**Tagesbetreuung** **68 68 77-23**  
**Fax:** **68 68 77-46**

E-Mail: [gradmannhaus@eva-stuttgart.de](mailto:gradmannhaus@eva-stuttgart.de)

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

### Anmeldung zur Aufnahme

<b>in stationäre Wohngruppen (Einzelzimmer)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>sobald als möglich</i> <input type="checkbox"/> <i>vorsorglich</i>
<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"/>	<input type="checkbox"/> <i>sobald als möglich</i> <input type="checkbox"/> <i>vorsorglich</i>

1. Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

2. gegebenenfalls Geburtsname \_\_\_\_\_

3. Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

4. Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

5. Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

6. Schwerbehindertenausweis Ja  Nein  Wie viel % \_\_\_\_\_

7. Hauptwohnsitz \_\_\_\_\_  
Straße, 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ein **Unterbringungsbeschluss** für eine beschützende Einrichtung (bei stationären Aufnahmen)

liegt vor (Kopie anbei)

11. Existiert eine **notariell beglaubigte Vorsorgevollmacht**?

*Ja*

*Nein*

Name der / des Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

12. Existiert eine **Generalvollmacht**? Ja  Nein

Name der / des Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

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

Arztberichte oder Krankheitsunterlagen vorhanden? (falls Ja bitte Kopien beilegen) Ja  Nein

Aktuelles ärztliches Zeugnis vorhanden? Ja  Nein

Gehfähigkeit erhalten  eingeschränkt   
stark eingeschränkt

Bewegungsbedürfnis groß  mittel  gering

Pflegegrad 1  2  3  4  5

Hat der MDK eine sog. "Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz" festgestellt?

Ja  Nein

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.

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift)