Evangelische Gesellschaft eva

Gradmann Haus Stuttgart - Kaltental

Fohrenbühlstr. 10
70569 Stuttgart - Kaltental

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

E-Mail: gradmannhaus@eva-stuttgart.de
E-Mail: gh.tagesbetreuung@eva-stuttgart.de

Anmeldung zur Aufnahme

in stationäre Wohngruppen (Einzelzimmer)	☐	☐ *sobald als möglich* ☐ *vorsorglich*
in gerontopsychiatrische Tagesbetreuung Tagespflege für mobile Menschen mit Demenz (Wunschtage: Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐)	☐	☐ *sobald als möglich* ☐ *vorsorglich*

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

☐ liegt vor (Kopie anbei) ☐ wird nachgereicht

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? *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* ☐

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)