



**E 3.3.1 Aufnahme-Antrag**



Altenhilfe der Kaiserswerther Diakonie gGmbH  
Altenzentrum Haus Salem  
Auf der Aue 17  
40882 Ratingen

☎ 02102/861-0  
📠 02102/861-1803

**Aufnahme-Antrag:**

**Betreutes Wohnen**

Neubau   
vorsorglich   
dringlich

Altbau   
vorsorglich   
dringlich

**Vollstationäre Pflege**

vorsorglich   
dringlich

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Ort:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Name:** \_\_\_\_\_ **Fam.-Stand:** \_\_\_\_\_ **Konf.:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Pflegegrad:** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen / Ihrem Angehörigen eine demenzielle Erkrankung bekannt?  Ja  Nein

**Ansprechpartner (Beziehung zum Interessenten):** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Tel. privat:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_ **Tel. dienstl.** \_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_ **Tel. mobil:** \_\_\_\_\_

**Eingang bestätigt am:** \_\_\_\_\_ **von:** \_\_\_\_\_

Bitte melden Sie sich mindestens 1x jährlich bei uns, ob der Antrag bestehen bleiben soll, da er sonst nach zwei Jahren automatisch gelöscht wird. Bitte informieren Sie uns auch, wenn der Heimplatz nicht mehr benötigt wird.

Bearbeitet von	Prüfung	Freigabe	Änderungsstatus	Datum	Seite
Fr. Münstermann	Fr. Raske	Hr. Hohl	5	17.01.2017	1