





Kaiserswerther Diakonie
Altenzentrum Haus Salem
Auf der Aue 17
40882 Ratingen

 02102/861-0
 02102/861-1803



Anmeldung - vollstationär

Vor- und Zuname: _____ **Geb.-Datum:** _____

Geb.-Ort: _____ **Geb.-Name:** _____ **Fam.-Stand:** _____ **Konf.:** _____

Anschrift _____ **Tel.:** _____

Krankenkasse: _____ **Pflegegrad:** _____

Versichertennummer.: _____ **Selbstzahler:** ja nein

Ansteckende Krankheiten: Ja Nein **Körpergröße:** _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Ansprechpartner (Beziehung zum Interessenten): _____

Name: _____ **Anschrift:** _____

Tel.: _____ **Tel. mobil:** _____ **E-Mail:** _____

Datenschutz:

Hiermit erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung, Nutzung und Weiterverarbeitung meiner Daten und übermittelten Dokumente zum Zwecke der Kontaktaufnahme einverstanden. Mehr Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter www.kaiserswerther-diakonie.de/de/datenschutz.html.

Datum/Unterschrift: _____