



**CTT - Alten – Pflegeheim**  
Cusanus-Stift  
Cusanusstraße 2  
54470 Bernkastel-Kues  
Tel.: 0 65 31 / 955 - 0  
Fax: 0 65 31 / 955 - 1444

---

Hiermit bestätige ich: \_\_\_\_\_.

Betreuer/in von Frau / Herr \_\_\_\_\_.

Angehöriger von Frau / Herr \_\_\_\_\_.

dass mich die Leitung / stellvertretende Leitung : Frau \_\_\_\_\_.

darauf hingewiesen hat,

dass die Alten-Pflegeeinrichtung Cusanus-Stift eine offene Einrichtung ist.

Das bedeutet, dass in dieser Einrichtung die Eingangstür am Tag immer offen ist.

Der Pforten – Eingangsbereich ist nicht immer mit Personal besetzt ist. Somit kann der Heimbewohner, sowie der Bewohner der Kurzzeitpflege, jederzeit auch die Einrichtung ungesehen verlassen.

Auch ist mir bewusst, dass sich das Pflegepersonal bei der Betreuung der einzelnen Bewohner/innen in den verschiedensten Zimmern aufhält, und somit nicht ständige eine Aufsichtspflicht

für Frau / Herrn \_\_\_\_\_ übernehmen kann.

Bernkastel-Kues, den: \_\_\_\_\_.

Datum

Unterschrift

Wegl.p. HEIMAUF.