

**Anmeldung (unverbindlich)**

**Caritas-Seniorenzentrum  
St. Agnes**  
Jägerberg 8  
86415 Mering

Tel. 08233 / 84 68-0  
Fax 08233 / 84 68-20  
E-Mail: [Info@agnes.cab-a.de](mailto:Info@agnes.cab-a.de)  
[www.cab-caritas.de](http://www.cab-caritas.de)

<b>Nachname</b>	<b>Vorname(n), Rufnamen bitte unterstreichen</b>
-----------------	--------------------------------------------------

<b>Geburtsname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>
--------------------	---------------------	-------------------

<b>Familienstand</b>	<b>Konfession</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>
----------------------	-------------------	----------------------------

<b>Wohnanschrift:</b>	<b>aktueller Aufenthaltsort:</b>
_____	_____
Strasse, PLZ, Ort	Name
_____	_____
Telefon	Strasse, PLZ, Ort
	_____
	Telefon

<b>Ansprechpartner*in:</b>	<b>Ansprechpartner*in:</b>
<input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	
_____	_____
Name, Vorname*	Name, Vorname*
_____	_____
Adresse*	Adresse*
_____	_____
Telefon (tagsüber)*      Telefon (abends/nachts)*	Telefon (tagsüber)*      Telefon (abends/nachts)*
_____	_____
Mobil*      E-Mail*	Mobil*      E-Mail*
_____	_____
* Pflichtangaben	* Pflichtangaben



<input type="checkbox"/> gewünschter Einzugstermin: _____ <input type="checkbox"/> unbestimmter Zeitpunkt	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

<b>Krankenkasse:</b> _____  <b>Pflegekasse:</b> _____  <b>Aktuelle Pflegeeinstufung:</b> _____	<b>Name und Anschrift des/r Hausarztes/Hausärztin:</b> _____ Name, Vorname _____ Strasse, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon <span style="float: right;">Fax</span>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Notizen / Anmerkungen / Wünsche:</b>    
---------------------------------------------------------

Durch wen oder was sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> Angehörige/Bekannte <input type="checkbox"/> Pfarrei <input type="checkbox"/> Sozialdienst/Krankenhaus (welches) _____ <input type="checkbox"/> Beratungsstelle (welche) _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ _____	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Zeitungsartikel <input type="checkbox"/> Lage <input type="checkbox"/> Nähe zum Wohnort <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> Telefonbuch
-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Wir möchten Sie bitten, uns zu informieren, wenn Sie an der Aufnahme in unserer Einrichtung nicht mehr interessiert sind.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift