

Anmeldung (unverbindlich)

**Caritas-Seniorenzentrum
Peißenberg**
Hans-Böckler-Str. 2, 82380 Peißenberg

Tel. 0 88 03/63 02-0
Fax 0 88 03/63 02-99
E-Mail: Info@peissenberg.cab-a.de
www.cab-a.de

Nachname	Vorname(n), Rufnamen bitte unterstreichen
----------	---

Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
-------------	--------------	------------

Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
---------------	------------	---------------------

<p>Wohnanschrift:</p> <hr/> Strasse, PLZ, Ort <hr/> Telefon	<p>aktueller Aufenthaltsort:</p> <hr/> Name <hr/> Strasse, PLZ, Ort <hr/> Telefon
---	--

<p>AnsprechpartnerIn:</p> <input type="checkbox"/> Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <hr/> Name, Vorname <hr/> Adresse <hr/> Telefon (tagsüber) Telefon (abends/nachts) <hr/> Mobil E-Mail	<p>AnsprechpartnerIn:</p> <hr/> Name, Vorname <hr/> Adresse <hr/> Telefon (tagsüber) Telefon (abends/nachts) <hr/> Mobil E-Mail
---	---



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

<u>Krankenkasse:</u> _____ <u>Pflegekasse:</u> _____ _____ <u>Aktuelle Pflegeeinstufung:</u> _____ _____	Name und Anschrift des/r Hausarztes/Hausärztin: _____ Name, Vorname _____ Strasse, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon _____ Fax _____
--	---

Notizen / Anmerkungen / Wünsche:

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.

_____, _____, _____
Wohnort Datum Unterschrift