

## Anmeldung (unverbindlich)

**Caritas-Seniorenzentrum  
St. Anna**  
Blücherstraße 79, 86165 Augsburg

Tel. 08 21/3 46 99-0  
Fax 08 21/3 46 99-60  
E-Mail: [Info@Anna.cab-a.de](mailto:Info@Anna.cab-a.de)  
[www.cab-a.de](http://www.cab-a.de)

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

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

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

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

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



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

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

**Notizen / Anmerkungen / Wünsche:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p>Durch wen oder was sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin</td> <td><input type="checkbox"/> Internet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Angehörige/Bekannte</td> <td><input type="checkbox"/> Zeitungsartikel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pfarrei</td> <td><input type="checkbox"/> Lage</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sozialdienst/Krankenhaus (welches)</td> <td><input type="checkbox"/> Nähe zum Wohnort</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> Flyer</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beratungsstelle (welche)</td> <td><input type="checkbox"/> Telefonbuch</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sonstiges: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Angehörige/Bekannte	<input type="checkbox"/> Zeitungsartikel	<input type="checkbox"/> Pfarrei	<input type="checkbox"/> Lage	<input type="checkbox"/> Sozialdienst/Krankenhaus (welches)	<input type="checkbox"/> Nähe zum Wohnort	_____	<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle (welche)	<input type="checkbox"/> Telefonbuch	_____		<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		_____		_____	
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Internet																				
<input type="checkbox"/> Angehörige/Bekannte	<input type="checkbox"/> Zeitungsartikel																				
<input type="checkbox"/> Pfarrei	<input type="checkbox"/> Lage																				
<input type="checkbox"/> Sozialdienst/Krankenhaus (welches)	<input type="checkbox"/> Nähe zum Wohnort																				
_____	<input type="checkbox"/> Flyer																				
<input type="checkbox"/> Beratungsstelle (welche)	<input type="checkbox"/> Telefonbuch																				
_____																					
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____																					
_____																					
_____																					

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 \_\_\_\_\_