

Anmeldung (unverbindlich)

**Caritas-Seniorenzentrum
St. Elisabeth**
Schloßstraße 28, 87534 Oberstaufen

Tel. 0 83 86/93 28-0
Fax 0 83 86/93 28-99
E-Mail: Info@Elisabeth.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
<p><u>Krankenkasse:</u></p> <p>_____</p> <p><u>Pflegekasse:</u></p> <p>_____</p> <p><u>Aktuelle Pflegeeinstufung:</u></p> <p>_____</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 _____ Fax _____</p>
<p><u>Notizen / Anmerkungen / Wünsche:</u></p> <p>_____</p>	

<p>Durch wen oder was sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?</p>	<table> <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