



CAB Caritas Augsburg
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum
St. Damian

Anmeldung (unverbindlich)

Caritas-Seniorenzentrum St. Damian

Heinz-Rühmann-Straße 14
89231 Neu-Ulm

Tel. 0731 / 9 74 38-0

Fax 0731 / 9 74 38-99

E-Mail: Info@damian.cab-a.de

www.cab-a.de

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

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

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

Wohnanschrift: _____ Strasse, PLZ, Ort _____ Telefon	aktueller Aufenthaltsort: _____ Name _____ Strasse, PLZ, Ort _____ Telefon
---	---

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



Caritas-Seniorenzentrum St. Damian:
Eine Einrichtung der
CAB Caritas Augsburg Betriebsträger gGmbH
Moltkestraße 14 · 86159 Augsburg

Amtsgericht Augsburg: HRB 16232
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Walter Michale
Geschäftsführung:
Brigitta Hofmann · Herbert G. Kratzer

Anschrift:
Heinz-Rühmann-Straße 14 · 89231 Neu-Ulm
Tel.: 0731 / 9 74 38-0 · Fax: 0731 / 9 74 38-99
Info@damian.cab-a.de · www.cab-a.de

<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"/> Internet <input type="checkbox"/> Zeitungsartikel <input type="checkbox"/> Lage <input type="checkbox"/> Nähe zum Wohnort <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> Telefonbuch
	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle (welche) _____	
	<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.

Ort, Datum

Unterschrift