



CAB Caritas Augsburg
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum
St. Raphael

Anmeldung (unverbindlich)

**Caritas-Seniorenzentrum
St. Raphael**
Caritasweg 2, 86153 Augsburg

Tel. 08 21/5 68 79-0
Fax 08 21/5 68 79-50
E-Mail: Info@Raphael.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. Raphael:
Eine Einrichtung der CAB
Caritas Augsburg Betriebsträger gGmbH
Moltkestraße 14 · 86159 Augsburg

Amtsgericht Augsburg: HRB 16232
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Walter Michale
Geschäftsführung:
Brigitta Hofmann · Franz K. Minnerrath

Anschrift:
Caritasweg 2 · 86153 Augsburg
Tel.: 0821 / 5 68 79-0 · Fax: 0821 / 5 68 79-50
Info@Raphael.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"/> 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

