



**CAB** Caritas Augsburg  
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum  
**St. Verena**

## Anmeldung (unverbindlich)

**Caritas-Seniorenzentrum  
St. Verena**  
Kappelberg 2, 86150 Augsburg

Tel. 08 21/2 72 64-0  
Fax 08 21/2 72 64-30  
E-Mail: [Info@Verena.cab-a.de](mailto:Info@Verena.cab-a.de)  
[www.cab-a.de](http://www.cab-a.de)

Nachname		Vorname(n), Rufnamen bitte unterstreichen	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	
Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit	
<b>Wohnanschrift:</b> _____ Strasse, PLZ, Ort _____ Telefon		<b>aktueller Aufenthaltsort:</b> _____ Name _____ Strasse, PLZ, Ort _____ Telefon	
<b>AnsprechpartnerIn:</b> <input type="checkbox"/> Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r _____ Name, Vorname _____ Adresse _____ Telefon (tagsüber)      Telefon (abends/nachts) _____ Mobil      E-Mail		<b>AnsprechpartnerIn:</b> _____ Name, Vorname _____ Adresse _____ Telefon (tagsüber)      Telefon (abends/nachts) _____ Mobil      E-Mail	



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

Amtsgericht Augsburg: HRB 16232  
Aufsichtsratsvorsitzende:  
Dr. Katharina von Ciriacy-Wantrup  
Geschäftsführung:  
Brigitta Hofmann · Herbert G. Kratzer

Anschrift:  
Kappelberg 2 · 86150 Augsburg  
Tel.: 0821 / 2 72 64-0 · Fax: 0821 / 2 72 64-30  
[Info@verena.cab-a.de](mailto:Info@verena.cab-a.de) · [www.cab-a.de](http://www.cab-a.de)

<input type="checkbox"/> gewünschter Einzugsstermin: _____ <input type="checkbox"/> unbestimmter Zeitpunkt	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer
<p><b><u>Krankenkasse:</u></b></p> <p>_____</p> <p><b><u>Aktueller Pflegegrad:</u></b></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 <span style="float: right;">Fax</span></p>
<p><b><u>Notizen / Anmerkungen / Wünsche:</u></b></p> <p>_____</p>	

<p>Durch wen oder was sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?</p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin</td> <td style="width: 33%;"><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 \_\_\_\_\_