



CAB Caritas Augsburg
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum
Antoniushaus

Anmeldung (unverbindlich)

Caritas-Seniorenzentrum Antoniushaus

Stephansgasse 7
86152 Augsburg

Tel. 0821 / 3 45 34-0

Fax 0821 / 3 45 34-30

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

www.cab-a.de

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



Caritas-Seniorenzentrum Antoniushaus:
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:
Stephansgasse 7 · 86152 Augsburg
Tel.: 0821 / 3 45 34-0 · Fax: 0821 / 3 45 34-30
Info@antonius.cab-a.de · www.cab-a.de

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

Krankenkasse: <hr/> Pflegekasse: <hr/> Aktuelle Pflegeeinstufung: <hr/>	Name und Anschrift des/r Hausarztes/Hausärztin: <hr/> Name, Vorname <hr/> Strasse, Hausnummer <hr/> PLZ, Ort <hr/> 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) <hr/> <input type="checkbox"/> Beratungsstelle (welche) <hr/> <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <hr/>	<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.

Ort, Datum

Unterschrift