



**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](mailto:Info@antonius.cab-a.de)

[www.cab-a.de](http://www.cab-a.de)

<b>Nachname</b>		<b>Vorname(n), Rufnamen bitte unterstreichen</b>			
<b>Geburtsname</b>		<b>Geburtsdatum</b>		<b>Geburtsort</b>	
<b>Familienstand</b>		<b>Konfession</b>		<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Wohnanschrift:</b>			<b>aktueller Aufenthaltsort:</b>		
_____ Strasse, PLZ, Ort			_____ Name		
_____ Telefon			_____ Strasse, PLZ, Ort		
_____ Telefon			_____ Telefon		
<b>Ansprechpartner*in:</b>			<b>Ansprechpartner*in:</b>		
<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](mailto:Info@antonius.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
---	--

<b>Krankenkasse:</b> <hr/> <b>Pflegekasse:</b> <hr/> <b>Aktuelle Pflegeeinstufung:</b> <hr/>	<b>Name und Anschrift des/r Hausarztes/Hausärztin:</b> <hr/> Name, Vorname <hr/> Strasse, Hausnummer <hr/> PLZ, Ort <hr/> Telefon <span style="float: right;">Fax</span>
---	--

<b>Notizen / Anmerkungen / Wünsche:</b>    
---

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