

Anmeldung (unverbindlich)
**Caritas-Seniorenzentrum
Heilig-Geist-Spital**

 Kommerzienrat-Winklhofer-Straße 3
 86899 Landsberg am Lech

Tel. 08191 / 9 40 85-0

Fax 08191 / 9 40 85-99

E-Mail: info@heilig-geist.cab-caritas.de

www.cab-caritas.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



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

Krankenkasse: _____ Pflegekasse: _____ Aktuelle Pflegeeinstufung: _____	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.

Ort, Datum

Unterschrift