



CAB Caritas Augsburg
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum
Heilig-Geist-Spital

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-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 Heilig-Geist-Spital:
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:
Kommerzienrat-Winklhofer-Straße 3 ·
86899 Landsberg
Tel.: 08191 / 9 40 85-0 · Fax: 08191 / 9 40 85-99
Info@heilig-geist.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: _____ 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