



**CAB Caritas Augsburg**  
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum  
**Notburga**

## Anmeldung (unverbindlich)

### Caritas-Seniorenzentrum Notburga

Von-Rehlingen-Straße 42

86356 Neusäß-Westheim

Tel. 0821 / 48 07-0

Fax 0821 / 48 07-35

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

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 Notburga:  
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:  
Von-Rehlingen-Straße 42 ·  
86356 Neusäß-Westheim  
Tel.: 0821 / 48 07-0 · Fax: 0821 / 48 07-35  
Info@notburga.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
---	--

<b>Krankenkasse:</b> _____  <b>Pflegekasse:</b> _____  <b>Aktuelle Pflegeeinstufung:</b> _____	<b>Name und Anschrift des/r Hausarztes/Hausärztin:</b> _____ Name, Vorname _____ Strasse, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ 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) _____ <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