



**CAB** Caritas Augsburg  
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum  
**St. Damian**

## Anmeldung (unverbindlich)

**Caritas-Seniorenzentrum  
St. Damian**  
Heinz-Rühmann-Straße 14  
89231 Neu-Ulm

Tel. 0731 / 9 74 38-0  
Fax 0731 / 9 74 38-99  
E-Mail: [Info@damian.cab-a.de](mailto:Info@damian.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><br>_____<br>Strasse, PLZ, Ort<br>_____<br>Telefon   |                     | <b>aktueller Aufenthaltsort:</b><br>_____<br>Name<br>_____<br>Strasse, PLZ, Ort<br>_____<br>Telefon  |  |
| <b>Ansprechpartner*in:</b><br><input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r<br>_____<br>Name, Vorname*<br>_____<br>Adresse*<br>_____<br>Telefon (tagsüber)*      Telefon (abends/nachts)*<br>_____<br>Mobil*      E-Mail* |                     | <b>Ansprechpartner*in:</b><br>_____<br>Name, Vorname*<br>_____<br>Adresse*<br>_____<br>Telefon (tagsüber)*      Telefon (abends/nachts)*<br>_____<br>Mobil*      E-Mail* |  |
| * Pflichtangaben  |                     | * Pflichtangaben   |  |



Caritas-Seniorenzentrum St. Damian:  
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:  
Heinz-Rühmann-Straße 14 · 89231 Neu-Ulm  
Tel.: 0731 / 9 74 38-0 · Fax: 0731 / 9 74 38-99  
[Info@damian.cab-a.de](mailto:Info@damian.cab-a.de) · [www.cab-a.de](http://www.cab-a.de)

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Krankenkasse:</b><br><hr/> <b>Pflegekasse:</b><br><hr/> <b>Aktuelle Pflegeeinstufung:</b><br><hr/> <b>Covid-Impfung:</b><br>1. Impfung am: _____<br>2. Impfung am: _____ | <b>Name und Anschrift des/r Hausarztes/Hausärztin:</b><br><hr/> Name, Vorname<br><hr/> Strasse, Hausnummer<br><hr/> PLZ, Ort<br><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<br><input type="checkbox"/> Angehörige/Bekannte<br><input type="checkbox"/> Pfarrei<br><input type="checkbox"/> Sozialdienst/Krankenhaus (welches)   |
|   | <input type="checkbox"/> Internet<br><input type="checkbox"/> Zeitungsartikel<br><input type="checkbox"/> Lage<br><input type="checkbox"/> Nähe zum Wohnort<br><input type="checkbox"/> Flyer<br><input type="checkbox"/> Telefonbuch |
|   | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle (welche)<br>_____<br><input type="checkbox"/> sonstiges: _____<br>_____  |

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