



CAB Caritas Augsburg
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum
St. Elisabeth

Anmeldung (unverbindlich)

Caritas-Seniorenzentrum St. Elisabeth

Schloßstraße 28
87534 Oberstaufen

Tel. 08386 / 93 28-0
Fax 08386 / 93 28-99
E-Mail: Info@elisabeth.cab-a.de
www.cab-a.de

Nachname		Vorname(n), Rufnamen bitte unterstreichen	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	
Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit	
Wohnanschrift: _____ Strasse, PLZ, Ort _____ Telefon		aktueller Aufenthaltsort: _____ Name _____ Strasse, PLZ, Ort _____ Telefon	
Ansprechpartner*in: <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r _____ Name, Vorname* _____ Adresse* _____ Telefon (tagsüber)* Telefon (abends/nachts)* _____ Mobil* E-Mail*		Ansprechpartner*in: _____ Name, Vorname* _____ Adresse* _____ Telefon (tagsüber)* Telefon (abends/nachts)* _____ Mobil* E-Mail*	
* Pflichtangaben		* Pflichtangaben	



Caritas-Seniorenzentrum St. Elisabeth:
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
 Altenhilfe stationär
 ambulante Dienste

Anschrift:
Schloßstraße 28 · 87534 Oberstaufen
Tel.: 08386 / 93 28-0 · Fax: 08386 / 93 28-99
Info@elisabeth.cab-a.de · www.cab-a.de

<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