

**Anmeldung (unverbindlich)**
**Caritas-Seniorenzentrum  
St. Hedwig**

 Blumenallee 29  
 86343 Königsbrunn

Tel. 08231 / 96 19-0

Fax 08231 / 96 19-99

E-Mail: info@hedwig.cab-caritas.de

www.cab-caritas.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>  <hr/> Strasse, PLZ, Ort  <hr/> Telefon	<b>aktueller Aufenthaltsort:</b>  <hr/> Name  <hr/> Strasse, PLZ, Ort  <hr/> Telefon
---	--

<b>Ansprechpartner*in:</b> <input type="checkbox"/> Betreuer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r  <hr/> Name, Vorname*  <hr/> Adresse*  <hr/> Telefon (tagsüber)*      Telefon (abends/nachts)*  <hr/> Mobil*      E-Mail*  * Pflichtangaben	<b>Ansprechpartner*in:</b>  <hr/> Name, Vorname*  <hr/> Adresse*  <hr/> Telefon (tagsüber)*      Telefon (abends/nachts)*  <hr/> Mobil*      E-Mail*  * Pflichtangaben
---	--



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

<b>Krankenkasse:</b> <hr/> <b>Pflegekasse:</b> <hr/> <b>Aktuelle Pflegeeinstufung:</b> <hr/>	<b>Name und Anschrift des/r Hausarztes/Hausärztin:</b> <hr/> Name, Vorname <hr/> Strasse, Hausnummer <hr/> PLZ, Ort <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 <input type="checkbox"/> Angehörige/Bekannte <input type="checkbox"/> Pfarrei <input type="checkbox"/> Sozialdienst/Krankenhaus (welches) <hr/> <input type="checkbox"/> Beratungsstelle (welche) <hr/> <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <hr/>	<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