



CAB Caritas Augsburg
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum
St. Hedwig

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-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. Hedwig:
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:
Blumenallee 29 · 86343 Königsbrunn
Tel.: 08231 / 96 19-0 · Fax: 08231 / 96 19-99
Info@hedwig.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: <hr/> Pflegekasse: <hr/> Aktuelle Pflegeeinstufung: <hr/>	Name und Anschrift des/r Hausarztes/Hausärztin: <hr/> Name, Vorname <hr/> Strasse, Hausnummer <hr/> PLZ, Ort <hr/> 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) <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