

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

 Färberstraße 24
 88161 Lindenberg

Tel. 08381 / 92 15-0

Fax 08381 / 92 15-29

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

www.cab-caritas.de

Nachname	Vorname(n), Rufnamen bitte unterstreichen
-----------------	--

Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
--------------------	---------------------	-------------------

Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
----------------------	-------------------	----------------------------

Wohnanschrift: <hr/> Strasse, PLZ, Ort <hr/> Telefon	aktueller Aufenthaltsort: <hr/> Name <hr/> Strasse, PLZ, Ort <hr/> Telefon
---	--

Ansprechpartner*in: <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* <small>* Pflichtangaben</small>	Ansprechpartner*in: <hr/> Name, Vorname* <hr/> Adresse* <hr/> Telefon (tagsüber)* Telefon (abends/nachts)* <hr/> Mobil* E-Mail* <small>* Pflichtangaben</small>
--	---



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