



CAB Caritas Augsburg
Betriebsträger gGmbH

Caritas-Seniorenzentrum
St. Martin

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-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. Martin:
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:
Färberstraße 24 · 88161 Lindenberg
Tel.: 08381 / 92 15-0 · Fax: 08381 / 92 15-29
Info@martin.cab-a.de · www.cab-a.de

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

Krankenkasse: _____ Pflegekasse: _____ Aktuelle Pflegeeinstufung: _____	Name und Anschrift des/ 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"/> Internet
	<input type="checkbox"/> Angehörige/Bekannte	<input type="checkbox"/> Zeitungsartikel
	<input type="checkbox"/> Pfarrei	<input type="checkbox"/> Lage
	<input type="checkbox"/> Sozialdienst/Krankenhaus (welches) _____	<input type="checkbox"/> Nähe zum Wohnort
	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle (welche) _____	<input type="checkbox"/> Flyer
	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	<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