

Aufnahmeantrag

Hiermit beantragen wir die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den

Fachverband Sucht e.V.

GCAA German Council on Alcohol and Addiction

Name der Einrichtung:

Art der Einrichtung:

Anschrift:

.....

Telefon: Telefax:

Träger bzw. Firma:

.....

Dem Aufnahmeantrag sind beigefügt

- Behandlungskonzept Prospekt o.ä. der Einrichtung
- Anerkennung oder Belegungszusage des Hauptkostenträgers
- Weitere Informationen zur Behandlungsqualität

Ort, Datum

Unterschrift

Bankeinzugsermächtigung

Hiermit ermächtigen wir den Fachverband Sucht e.V., Bonn, bis auf Widerruf zur Abbuchung des Jahresmitgliedsbeitrages von unserem Konto:

Bank:

BLZ: Konto-Nr.:

Ort, Datum

Unterschrift

Fragebogen zum Aufnahmeantrag Adaptionseinrichtungen

Name der Einrichtung:

Art der Einrichtung:

Anschrift:

.....

Telefon: Telefax:

Träger bzw. Firma:

.....

Leiter der Einrichtung

(Name, Ausbildung und

Zusatzqualifikation:

Ltd. Arzt / Ärztin bzw.

Konsiliarzt/in:

Behandlungsplätze: stationär:

Behandlungsdauer (konzeptionell): Wochen

Zahl der im Vorjahr behandelten Patienten:

(Aufnahme vom 01.01. bis 31.12.)

Frauen:

Männer:

Patienten insgesamt:

.....

Alkoholranke:

.....

Medikamentenabhängige:

.....

Polytoxikomane:

.....

Drogenabhängige:

.....

Spielsüchtige:

.....

sonstige:

.....

(Mehrfachnennungen möglich)

Indikationen:

.....

.....

Voraussetzungen für die Aufnahme:.....

.....

Spezialangebote für besondere Personengruppen:

.....

Behandlungskonzept/

Behandlungsarten:

.....
.....
.....
.....

Therapieziele:

.....
.....
.....

Personal:

ja

nein

Kopfzahl:

Stellen:

Ärzte/innen:

.....

.....

Psychologen/innen:

.....

.....

Soz.-Päd./Soz.-Arb.:

.....

.....

Arbeits- und Besch.-Therap.:

.....

.....

sonst.therap.Personal:

.....

.....

Verwaltungsdienst:

.....

.....

Wirtsch.-u. Vers.-Dienst:

.....

.....

Hauswirtschaft:

.....

.....

Sonstige Mitarbeiter/innen:

.....

.....

(Bereich:.....)

Summe:

Hauptbeleger:

Pflegesatz: €

Die Angaben im Kasten sind nicht zur Veröffentlichung bestimmt, sondern nur für den internen Gebrauch und statistische Zwecke.

Dokumentations-
und Katamnesesystem:

ja

nein

Wenn ja, welches:

.....

Mitgliedschaften (außer FVS):

.....

Veröffentlichungen der Einrichtungen oder der Mitarbeiter/innen im letzten Jahr:

.....

Weitere Einrichtungen in gleicher Trägerschaft (stationär, teilstationär etc.)

ja

nein

falls ja, bitte auflisten:

.....
.....
.....
.....
.....

Fachtagungen o.ä. Aktivitäten:

.....
.....

Ort, Datum

Aussteller, Name, Funktion