

# Aufnahmeantrag (Ambulanzen)

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

- Therapiekonzept                       Prospekt o.ä. der Einrichtung  
 Anerkennung oder Belegungszusage des Hauptkostenträgers

\_\_\_\_\_  
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 (Ambulanzen)

Name der Einrichtung: .....

Art der Einrichtung: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: ..... Telefax: .....

Träger bzw. Firma: .....

.....

Verwaltungsleitung: .....

Ltd. Arzt / Ärztin bzw.

Konsiliarzt/in: .....

Ltd. Therapeut/in/

ltd. Psychologe/in: .....

Durchschnittliche Patientenzahl: ..... amb./Monat .....

Behandlungsdauer (durchschnittlich): ..... Wochen ..... Sitzungen

Zahl der im Vorjahr behandelten Patienten:

(Aufnahme vom 01.01. bis 31.12.)

Frauen:

Männer:

Patienten insgesamt: ..... .....

Alkoholabhängige: ..... .....

Medikamentenabhängige: ..... .....

Polytoxikomane: ..... .....

Drogenabhängige: ..... .....

Spielsüchtige: ..... .....

sonstige: ..... .....

*(Mehrfachnennungen möglich)*

Indikationen: .....

.....

.....

Voraussetzungen für die Aufnahme:.....

.....

Spezialangebote für besondere Personengruppen: .....

.....

Therapieziele: .....

.....

.....

Personal:	ja	nein	Kopfzahl:	Stellen: (umgerechnet in Vollzeit- stellen)
Ärzte/innen: mit Gebietsbezeichnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Wenn ja, welche:	.....			
ohne Gebietsbezeichnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Psychologen/innen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Soz.-Päd./Soz.-Arb.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
sonst.therap.Personal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Verwaltungsdienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Wirtsch.-u.Vers.-Dienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Sonstige Mitarbeiter/innen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

Summe:	.....	.....
Anerkennung durch welchen Leistungsträger?		
.....		
.....		
.....		

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

Dokumentationssystem: ja  nein

Wenn ja, welches: .....

Katammesystem: 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