

# 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

- Therapiekonzept  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

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: .....

Behandlungsplätze: stationär: .....

Behandlungsdauer (konzeptionell): ..... Wochen ..... Sitzungen

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: .....

.....

Therapiekonzept/Behandlungsarten:.....

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

Therapieziele:

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

Personal:	ja	nein	Kopfzahl:	Stellen:
Ärzte/innen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Psychologen/innen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Soz.-Päd./Soz.-Arb.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Arbeits- und Besch.-Therap.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Pflegedienst:	<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"/>	.....	.....
Hauswirtschaft:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Sonstige Mitarbeiter/innen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

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:

.....  
.....

