

# Aufnahmeantrag

Hiermit beantragen wir die Aufnahme als ordentliches Mitglied in den

## Fachverband Sucht e.V.

Name der Einrichtung: .....

Art der Einrichtung: .....

Anschrift: .....

.....

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

Träger bzw. Firma: .....

.....

Dem Aufnahmeantrag sind beigelegt

- Betreuungskonzept
- Leistungs- / Vergütungsvereinbarung
- Weitere Informationen zur Betreuungsqualität
- Sonstiges
- Prospekt o.ä. der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

## Bankeinzugsermächtigung

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

Bank: .....

IBAN: ..... BIC: .....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Fragebogen zum Aufnahmeantrag (Soziotherapeutische Einrichtung)**

Name der Einrichtung: .....

Art der Einrichtung: .....

Anschrift: .....

.....

Telefon: .....      Telefax: .....

Träger bzw. Firma: .....

.....

Leitung / Qualifikation: .....

.....

Unterbringungsdauer: .....

Anzahl der stationären Plätze: .....

Vorrangige Indikationen: .....

.....

.....

Aufnahmekriterien: .....

.....

Spezialangebote für besondere Personengruppen: .....

.....

Betreuungskonzept: .....

.....

.....

.....

Betreuungsziele: .....

.....

.....

Personal:	ja	nein	Kopfzahl:	Stellen:	Std./Woche
Ärzte/innen ( Honorarbasis):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Bezugstherapeuten/innen:					
Psychologen/innen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Dipl.Soz.-Päd./Soz.-Arb.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Dipl.Päd.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Heilerziehungspfleger/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Arbeits- und Besch.-Therap.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
sonst. therap. Personal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....
Pflegedienst:	<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:	.....	
Vergütungssatz:	..... €	

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

Dokumentationssystem: ja  nein   
Katamnesesystem: ja  nein

Wenn ja, welche: .....

Mitgliedschaften (außer FVS): .....

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

Weitere Einrichtungen in gleicher Trägerschaft (stationär, teilstationär, ambulante Angebote)  
ja  nein

falls ja, bitte auflisten:

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

Fachtagungen o.ä. Aktivitäten: .....  
.....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Aussteller, Name, Funktion

