

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

- 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:

IBAN: BIC:

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:	<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"/>
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: (Bereich:.....)	<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:

.....

.....

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

ja nein

falls ja, bitte auflisten:

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

Fachtagungen o.ä. Aktivitäten:

.....

Ort, Datum

Aussteller, Name, Funktion