

# Aufnahmeantrag (Ambulanzen)

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

- 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: .....

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

\_\_\_\_\_  
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:	.....	.....
Federführender Leistungsträger:	.....	
Anerkennung durch weitere 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: .....

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