

# 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

- 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: .....

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Fragebogen zum Aufnahmeantrag (Stationäre Einrichtungen)

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:

.....  
.....

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

ja                       nein

falls ja, bitte auflisten:

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

Fachtagungen o.ä. Aktivitäten: .....

.....

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

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