

## 1. Einrichtung

---

Name und Bezeichnung			
Straße			Nr.
PLZ		Ort	
Bundesland			
Website			Telefon
E-Mail			

### Ansprechpartner

#### Einrichtungsleitung

Name	Funktion	E-Mail	Telefon

#### Qualitätsmanagementbeauftragte/r

Name	E-Mail	Telefon

#### Dokumentationsbeauftragte/r

Name	E-Mail	Telefon

## 2. Träger

---

Name und Bezeichnung			
Rechtsform			
Straße			Nr.
PLZ		Ort	
Bundesland			
E-Mail			Telefon

#### Verantwortliche/r beim Träger (falls nicht identisch mit Einrichtung)

Name	E-Mail	Telefon

### 3. Rahmendaten

Gesamtzahl Betten/Plätze	
--------------------------	--

davon

Entgiftung/Entzug	Fachklinik	Tagesklinik	Adaption	Soziotherapie

davon interne Organisationseinheiten

Bezeichnung (bspw. Abteilung/Station)	Anzahl Plätze

#### Hauptindikation

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alkohol                    | <input type="checkbox"/> Illegale Drogen | <input type="checkbox"/> Medikamente  |
| <input type="checkbox"/> Pathologisches Glücksspiel | <input type="checkbox"/> Internetsucht   | <input type="checkbox"/> Essstörungen |

#### Zielgruppen

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fraueneinrichtung   | <input type="checkbox"/> Männereinrichtung | <input type="checkbox"/> Gemischte Einrichtung |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung für Eltern mit Kind / Anzahl Plätze für Kinder: _____ |  |  |

#### Aufnahmemöglichkeit für spezielle Personengruppen

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jugendliche   | <input type="checkbox"/> Senioren               | <input type="checkbox"/> Migranten                     | <input type="checkbox"/> Schwangere    |
| <input type="checkbox"/> Wohnungslose  | <input type="checkbox"/> Paare                  | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer               | <input type="checkbox"/> Gehbehinderte |
| <input type="checkbox"/> Blinde/Sehbehinderte                                    | <input type="checkbox"/> Gehörlose/Schwerhörige | <input type="checkbox"/> Geistig Behinderte            | <input type="checkbox"/> Minderbegabte |
| <input type="checkbox"/> Gerichtlich angeordnete Suchtbehandlung                 |   | <input type="checkbox"/> Mitnahme von Haustieren       |  |
| <input type="checkbox"/> Gerichtlich angeordnete Betreuung nach Betreuungsgesetz |   | <input type="checkbox"/> Behandlung nach §§ 35/36 BtMG |  |

#### Zusätzliche konzeptionelle Angebote

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Qualifizierter Entzug | <input type="checkbox"/> Substitution         | <input type="checkbox"/> Kurzzeittherapie  |
| <input type="checkbox"/> Kombitherapie         | <input type="checkbox"/> Integrierte Adaption | <input type="checkbox"/> Auffangbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____       |   |  |

#### Fremdsprachliche Therapieangebote

Ja, Sprache(n): \_\_\_\_\_

#### Qualitätsmanagement-Zertifikat

Ja, Verfahren: \_\_\_\_\_

#### Leistungsträger

Federführender Leistungsträger	
--------------------------------	--

#### Verbandszugehörigkeit

Wohlfahrtsverband	
Fachverband	

## 4. Kurzbeschreibung

---

Bitte beschreiben Sie kurz die Schwerpunkte und Charakteristika der Einrichtung und des Konzepts:

## 5. Anlagen

---

Bitte fügen Sie dem Aufnahmeantrag folgende Dokumente bei:

- /// Aktuelle Konzeption
- /// Aktueller Stellenplan (ggf. getrennt nach Abteilung/Stationen)
- /// Auszug Vereinsregister/Handelsregister

---

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Firmenstempel