

# Aufnahmeantrag stationär

## 1. Einrichtung

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

## Abweichende Rechnungsadresse

Ja  Nein

Name und Bezeichnung			
Straße			Nr.
PLZ		Ort	
E-Mail			

## Ansprechpartner

### Einrichtungsleitung

Name	Funktion	E-Mail	Telefon

### Qualitätsmanagementbeauftragte/r

Name	E-Mail	Telefon

### Dokumentationsbeauftragte/r

Name	E-Mail	Telefon

# Aufnahmeantrag stationär

## 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	Sozialtherapie

### 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"/> Cannabis |
| <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 (m/w/d) |
| <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 Unterbringung nach Betreuungsgesetz |   | <input type="checkbox"/> Behandlung nach §§ 35/36 BtMG |  |

# Aufnahmeantrag stationär

## 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:             |   |  |

## Fremdsprachige Therapieangebote

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

## Qualitätsmanagement-Zertifikat

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

## Leistungsträger

Federführender Leistungsträger

## Verbandszugehörigkeit

Wohlfahrtsverband

## 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
- Auszug Vereinsregister/Handelsregister

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Firmenstempel