

Aufnahmeantrag ambulant

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 ambulant

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

Gesamtanzahl Vollzeitkräfte (Fachkräfte einschließlich Honorarkräfte)	
--	--

davon

Ambulante medizinische Reha bei Abhängigkeitserkrankungen (ARS)	Suchtberatung/niedrigschwellige Angebote	Ambulant betreutes Wohnen

Indikation

<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Illegale Drogen	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Problematische Mediennutzung
<input type="checkbox"/> Pathologisches Glücksspiel	<input type="checkbox"/> Cannabis		

Zusätzliche konzeptionelle Angebote

<input type="checkbox"/> Substitution	<input type="checkbox"/> ambulante Nachsorge	<input type="checkbox"/> MPU-Beratung
<input type="checkbox"/> Kombitherapie	<input type="checkbox"/> ambulante med. Weiterbehandlung	
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

Fremdsprachige Therapieangebote

Ja, Sprache(n): _____

Qualitätsmanagement-Zertifikat

Ja, Verfahren: _____

Leistungsträger

Federführender Leistungsträger ARS	
---------------------------------------	--

Verbandszugehörigkeit

Wohlfahrtsverband	
-------------------	--

Aufnahmeantrag ambulant

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