

# 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

- Alkohol
  Illegale Drogen
  Medikamente
  Problematische Mediennutzung  
 Pathologisches Glücksspiel
  Cannabis

### Zielgruppen

- Fraueneinrichtung
  Männereinrichtung
  Gemischte Einrichtung (m/w/d)  
 Einrichtung für Eltern mit Kind / Anzahl Plätze für Kinder: \_\_\_\_\_

### Aufnahmemöglichkeit für spezielle Personengruppen

- Jugendliche
  Senioren
  Menschen mit Gehbehinderung
  Rollstuhlfahrer:innen  
 Wohnungslose
  Paare
  mit Sehbehinderung
  Mitnahme von Haustieren  
 Migranten
  Schwangere
  mit Hörbehinderung
  Behandlung nach §§ 35/36 BtMG  
 Gerichtlich angeordnete Suchtbehandlung
  mit geistiger Beeinträchtigung  
 Gerichtlich angeordnete Unterbringung nach Betreuungsgesetz
  mit Minderbegabung

# 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