



AUFNAHMEANTRAG

Wir beantragen die Aufnahme in den
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

(Name/Stempel der Einrichtung)

1. Einrichtung / Abteilung

Name und Bezeichnung				Größe:
				Plätze / Betten*
PLZ		Ort		
Straße				Hs. Nr.
Telefon			E – Mail	
Fax			Internet	

* die Angaben müssen denen dem federführenden Leistungsträger gemeldeten entsprechen

2. Einrichtungstyp

(soweit nicht aus dem Namen ersichtlich, z.B. Fachklinik, Entgiftungsstation, Adaptionseinrichtung ...)

Die Einrichtung ist

- eigenständig** *(weiter bei Punkt 3)*
- eine Abteilung des / der ...**

Adresse der Gesamteinrichtung , falls abweichend von oben

Straße				Hs.Nr.
PLZ		Ort		

Die genannte Gesamteinrichtung verfügt außer der antragsstellenden Abteilung noch über folgende Stationen /Abteilungen / Häuser ...

Stat./ Abt./ H.		Plätze/Betten	
Stat./ Abt./ H.		Plätze/Betten	
Stat./ Abt./ H.		Plätze/Betten	
Gesamteinrichtung:		Zahl der Plätze/Betten	

3. Leitung der Einrichtung / Abteilung

1. Leiter der Einrichtg./ Abt. / Klinik	
2. Ärztlicher Leiter falls von 1. abweichend	
3. Verwaltungsleiter falls von 1. abweichend	
Mitglied des Leitungsteams Ggf. weiteres Mitglied des LT	

4. Träger, Rechtsform, Ansprechpartner

Hat die Einrichtung eine eigene Rechtspersönlichkeit ? *(bitte ankreuzen)*

- nein** *(weiter bei 4.1)*
- ja** *(weiter bei 4.2)*

Träger

Name			
Bundesland			
PLZ		Ort	
Straße			Hs. Nr.
Telefon			E – Mail
Fax			Internet

4.2 Rechtsform

Körperschaftsform <small>(eing. Verein, GmbH, ...)</small>	
Steuerrechtl. Status <small>(gemeinnützig, öffentlich-rechtlich)</small>	
Gesetzlicher Vertreter <small>(Vorstand...)</small>	

4.3 Ansprechpartner

Geschäftsführer <small>(auch Referent o.a.)</small>	
Adresse	
Telefon / E-Mail <small>(falls abweichend v. 4.1)</small>	

5. Gliederung der Einrichtung / Abteilung

- keine** Untergliederung
- die Einrichtung / Abteilung gliedert sich in **folgende** Häuser, Stationen bzw. (Unter-) Abteilungen:

	Name	Plätze / Betten
1		
2		
3		
4		

6. Leistungsträger

A	Federführender Leistungsträger	
B	Hauptbeleger <small>(falls von A abweichend)</small>	
C	Mitbeleger <small>(in absteigender Reihenfolge)</small>	1
		2
		3
		4

Es bestehen **Versorgungsverträge** mit folgenden Leistungsträgern (bitte hier ankreuzen ↑)

7. Dokumentationssystem (für buss – Mitglieder verbindlich)

EBIS		Es werden erhoben:	
DESTAS		Grunddaten	
anderes:		Katamnesen	
anderes:		Zusatzdaten	

Zutreffendes bitte ankreuzen !

8. Qualitätssicherung und QM – System (Mehrfachnennungen möglich):

Die Einrichtung ...

- ... betreibt ein internes Qualitätssicherungsprogramm
- ... nimmt am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung teil
- ... plant / entwickelt ein Qualitätsmanagement – System *
- ... hat ein QMS etabliert *
- ... ist durch einen akkreditiertes unabhängiges Institut zertifiziert *

* Angabe des QMS (z.B. EFQM, DIN ISO, KTQ, deQus) _____

9. Bitte fügen Sie diesem Antrag bei:

- Einrichtungsbogen
- Auszug aus dem Vereinsregister / Handelsregister
- Aktuellen Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Träger- bzw. Einrichtungssatzung
- Konzeption (Leitbild, Arbeitsgrundlagen, Hausordnung, Wochenplan ...)
- Aktueller Stellenplan
- ggf. Lageplan

Mit der Unterzeichnung dieses Antrages wird die Satzung des **Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.** in der Fassung vom 17. März 2009 als rechtsverbindlich anerkannt.

_____, den _____

(rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers)

(Einrichtungsleitung)