

GESCHÄFTSSTELLE

Wilhelmsmhöher Allee 273
34131 Kassel
Telefon: 05 61 / 77 93 51
Telefax: 05 61 / 10 28 83
Internet: www.suchthilfe.de
E-Mail: buss@suchthilfe.de

Aufnahmeantrag

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

(Name / Stempel der Einrichtung)

VORSTAND:

Dr. Martin Beutel, Vorsitzender,
Christoph Lasch, Dr. Bernd Wessel,
Andreas Brunk, Karin Feugmann,
Gotthard Lehner, Johannes Müller,
Andreas Reimer, Dr. Wibke Voigt

GESCHÄFTSSTELLE:

Dr. Andreas Koch,
Geschäftsführer,
Claudia Lingelbach-Fischer,
Gabriele Nebe

MITGLIEDSCHAFTEN:

Arbeitsgemeinschaft
Medizinische Rehabilitation SGB IX
Berlin



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen,
Hamm



European Foundation
for Quality Management,
Brüssel



1. Einrichtung / Abteilung

Name und Bezeichnung

Straße _____ Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____ Internet _____

Plätze / Betten* _____

*die Angaben müssen denen entsprechen, die dem federführenden Leistungsträger gemeldet sind.

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 _____
(Name der Einrichtung)

Adresse der Gesamteinrichtung, falls abweichend von oben

Straße _____ Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Die genannte Gesamteinrichtung verfügt außer der antragstellenden 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. **Einrichtungsleiter** _____
der Einrichtung/Abt./Klinik
- 2. **Ärztlicher Leiter** _____
(falls von 1. abweichend)
- 3. **Verwaltungsleiter** _____
(falls von 1. abweichend)
- 4. **Therapeutischer Leiter** _____
(falls von 1. abweichend)
- 5. **Mitglied des Leitungsteams** _____
(ggf. weiteres Mitglied des LT mit Funktion)

4. Träger, Rechtsform, Ansprechpartner

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

nein (weiter bei Punkt 4.1)

ja (weiter bei Punkt 4.2)

4.1 Träger

Name _____

Straße _____ Hausnr. _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

E-Mail _____ Internet _____

Bundesland _____

4.2 Rechtsform

Körperschaftsform _____
(eing. Verein, GmbH, ...)

Steuerrechtl. Status _____
(gemeinnützig, öffentlich-rechtlich)

Gesetzlicher Vertreter _____
(Vorstand, Geschäftsführer, ...)

4.3 Ansprechpartner

Geschäftsführer _____
(auch Referent o.ä.)

Adresse _____

Telefon / E-Mail _____
(falls abweichend von 4.1)

5. Gliederung der Einrichtung

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

	Name	Plätze / Betten
1		
2		
3		
4		

6. Leistungsträger

		Es besteht ein Versorgungsvertrag (bitte ankreuzen)	Belegungs- anteil (ca. in %)
A	Federführender Leistungsträger		
B	Hauptbeleger (falls von A abweichend)		
C	Mitbeleger (in absteigender Reihenfolge)	1	
		2	
		3	
		4	

7. Dokumentationssystem

(für "buss"-Mitglieder verbindlich, zutreffendes bitte ankreuzen)

EBIS		Es werden erhoben:	
PATFAK		Basis-Daten	
anderes:		Katamnese-Daten	
anderes:		Zusatzdaten	

8. Qualitätssicherung und QM-System (Mehrfachnennungen möglich)

Die Einrichtung

- nimmt am Qualitätssicherungsprogramm der GKV teil
- nimmt am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung teil
- führt ein Qualitätsmanagement-System ein*
- hat ein Qualitätsmanagement-System etabliert*
- ist durch ein akkreditiertes unabhängiges Institut zertifiziert*

*Angabe des QMS (z. B. deQus, EFQM, ISO 9000, KTQ, DEGEMED) _____

9. Bitte fügen Sie diesem Antrag bei:

- Einrichtungsbogen
- Auszug aus dem Vereinsregister / Handelsregister
- Aktuellen Freistellungsbescheid des Finanzamtes
- Konzeption (Leitbild, Arbeitsgrundlagen, Hausordnung, Wochenplan)
- 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)