

Bitte an:

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Team Medizinische Reha-Einrichtungen
09092 Halle



Träger/Geschäftsstelle/Telefon
Name und Adresse der Reha-Einrichtung

Ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (ARS)

Personalstandsmeldung für das Jahr:

Stichtag: 01. _____

zum _____
(bei außerplanmäßiger Meldung)

Angaben zu den Gruppen (für jeden Ort getrennt)			
Standort	Anzahl der Gruppen ARS	Ø Anzahl der TN	Ø Anzahl der EG pro Woche

Ansprechpartner / Mailadresse für Rückfragen

Ort, Datum

Unterschrift

ARS: Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker
EG: Einzelgespräche
TN: Teilnehmer*innen

Medizinisch-therapeutisches Personal:

1 Name, Vorname	2 Aufgabenbereich	3 in der Einrichtung		4 Arbeitszeit (Stunden pro Woche)*	5 Berufliche Qualifikation			
		seit	bis		Grundqualifikation	Jahr Abschluss	Therapeutische/Suchttherapeutische Zusatzqualifikation/ Bemerkungen	in Aus- oder Weiterbildung von- bis

*Es ist die tatsächlich für die ARS zu erbringende Arbeitszeit anzugeben.

1	2	3		4	5			
Name, Vorname	Aufgabenbereich	in der Einrichtung		Arbeitszeit (Stunden pro Woche)*	Berufliche Qualifikation			
		seit	bis		Grundqualifikation	Jahr Abschluss	Therapeutische/Suchttherapeutische Zusatzqualifikation/ Bemerkungen	in Aus- oder Wei- terbildung von- bis

*Es ist die tatsächlich für die ARS zu erbringende Arbeitszeit anzugeben.