Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Wittelsbacherring 11
95445 Bayreuth
www.deutsche-rentenversicherung-nordbayern.de

Bitte an:
rehabilitation@drv-nordbayern.de
Telefax 0921 607-984100

Deutsche Rentenversicherung

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

Ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (ARS)

Personalstandsmeldung für das Jahr:

☐ Stichtag: 01. März

☐ 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	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 Weiterbildung bis**

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

Stand 3/2022

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 Weiterbildung bis**

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