Deutsche Rentenversicherung
Oldenburg-Bremen
Huntestraße 11, 26135 Oldenburg
Postanschrift: 26112 Oldenburg

Deutsche Rentenversicherung
Oldenburg-Bremen

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

Ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (ARS)

Personalstandsmeldung für das Jahr:

Stichtag: ☐ 01.01.20 ☐ 01.07.20

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	6			
Name, Vorname	**Aufgabenbereich**	**in der Einrichtung**		**Arbeitszeit** (Std. pro Woche)	**Berufliche Qualifikation**			
		seit	**bis**		**Grundqualifikation**	**Jahr Abschluss**	**Therapeutische/Suchttherapeutische Zusatzqualifikation/ Bemerkungen**	**in Aus- oder Weiterbildung bis**