Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Geschäftsstelle Bremen
Teilhabe, Strategie und Einrichtungs-/Informationsmanagement - SB3.102
26112 Oldenburg

***Mailadresse**:*
kathrin.schmidt@drv-oldenburg-bremen.de

Deutsche Rentenversicherung

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

Ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (ARS)

Personalstandsmeldung für das Jahr _____:

☐ Stichtag: _____ ☐ zum _____
(bei außerplanmäßiger Meldung)

Angaben zu den Gruppen (für jeden Ort getrennt)*1			
Standort	Anzahl der Gruppen ARS	Ø Anzahl der TN*2	Ø Anzahl der EG pro Woche

_____
Ansprechpartner*in / Mailadresse für Rückfragen

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

*1: Angaben getrennt für Gruppen bis 8 TN und große Gruppen (9-12 TN)
*2: unabhängig vom Versichertenstatus der Rehabilitand*innen: privat krankenversichert, Selbstzahler*in oder Zuständigkeit der DRV / GKV

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

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

G7617-28 Stand: 8/2026

Medizinisch-therapeutisches Personal:

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

Für die zusätzliche Personalstandsmeldung im Dezember:

☐ **Co-Therapeut*innenzuschlag:**

Es wird ein Zuschlag auf den Kostensatz der ARS für Teilnehmende an der Weiterbildung zur / zum Suchttherapeut*in, die als **Co-Therapeut*innen** in der ARS beschäftigt sind, für das Folgejahr geltend gemacht. Dazu sind weitere Angaben in der Tabelle zu machen und jeweils eine Bescheinigung des Weiterbildungsinstituts beizufügen.

1	2		3	4			
Name, Vorname	**in der ARS-Einrichtung**		**Arbeitszeit** (Stunden pro Woche)*	**Berufliche Qualifikation**			
	seit	bis		**Grundqualifikation und Jahr des Abschlusses**		**in Weiterbildung zur Suchttherapeut*in seit - voraussichtlich bis**	**Name des Weiterbildungsinstituts**

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird versichert.

_____
Name der Einrichtung

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Einrichtungsleitung