



---

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantragen wir als Träger der folgenden Einrichtung:

---

---

die Aufnahme in den Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie)  
als ordentliches Mitglied.

Wir erkennen damit die von uns eingesehene Satzung an. Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Angaben und Daten unserer Einrichtung zur Prüfung und Betreuung unserer Mitgliedschaft durch den Bundesverband Geriatrie in elektronischer Form gespeichert und verarbeitet werden.

Zudem stimmen wir zu, dass die Kontaktdaten der Einrichtung nach Aufnahme in den Verband im Internet auf den Seiten des Bundesverbandes veröffentlicht werden.

---

Ort / Datum

---

Stempel / Unterschrift des Trägers

---

*Vorstand:*

Dipl.-Kfm. Ansgar Veer, Lingen/Ems  
(Vorstandsvorsitzender)  
Dr. med. Michael Musolf, Hamburg (Stellvertr.  
Vorstandsvorsitzender)  
Dipl. Inf./Betriebsw. Agnes Hartmann, Hofgeismar  
Dr. med. Eric Hilf, Berlin  
Dr. med. Michael Jamour, Ehingen  
Dipl.-Pflegerin (FH) Andrea Kuphal, LL.M., Radeburg  
Dr. med. Ariane Zinke, Ludwigshafen

---

*Geschäftsführer:*

RA Dirk van den Heuvel  
  
BV Geriatrie-Geschäftsstelle  
Reinickendorfer Str. 61  
13347 Berlin  
Tel.: 030 – 339 88 76 10 / Fax: 030 – 339 88 76 20  
Email: [geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de](mailto:geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de)

---

## MITGLIEDERDATEN - ANSPRECHPARTNER & ANSCHRIFTEN

Name der EINRICHTUNG:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

**Name des/r  
Chefarztes/Chefärztin:** \_\_\_\_\_  
Dienst-  
bezeichnung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Name des/r  
VWL / GF:** \_\_\_\_\_  
Dienst-  
bezeichnung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Name des/r  
Pflegedienstleiters/in:** \_\_\_\_\_  
Dienst-  
bezeichnung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Name des/r Leitenden  
Therapeuten/in:** \_\_\_\_\_  
Dienst-  
bezeichnung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Direkter **Ansprechpartner für den BV Geriatrie** ist

O der/die CA/CÄ

O der/ die VWL

O der/die PDL

O der/ die Leitende/r  
Therapeut/in

Name des TRÄGERS der Einrichtung:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

**Rechnungsanschrift für Mitgliedsbeitrag:**

Name des  
Empfängers: \_\_\_\_\_  
Dienst-  
bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

ggf.  
Rechnungs-  
zusatz: \_\_\_\_\_

## Lieferanschrift für die Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (ZGG)

Anzahl der Zeitungen: \_\_\_\_\_ (maximal 3 kostenpflichtige Abos pro Mitgliedseinrichtung)

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name des Beziehers: \_\_\_\_\_ Dienst-  
bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name des Beziehers: \_\_\_\_\_ Dienst-  
bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name des Beziehers: \_\_\_\_\_ Dienst-  
bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Gründung der Geriatrie

Gründungsjahr: \_\_\_\_\_

### Standorte der Geriatrie:

Ist die Geriatrie an einem zentralen Standort?  ja  nein

Erläuterungen:  
(Anzahl, Versorgungsverträge, TK, Akutgeriatrie, Entfernung...)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Zertifizierungen:

(Welche Zertifikate liegen vor?)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Gemidas Pro

Gemidas Teilnahme:  ja  nein

### Kontaktperson für eventuelle Rückfragen zu diesem Fragebogen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefondurchwahl: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**