

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfeorganisationen

(Anlage 1)

Stand der nachstehenden Angaben: _____ (Datum)

Name des Landesverbandes:	
Anschrift:	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	
ggf. Geschäftsführer(in):	
Telefon:	
Telefax:	
E-Mail:	
Internet:	

- (1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes: _____
- b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: _____
- c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen? _____
- d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister: _____
-

- (2) a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder: _____
- b) Anzahl der zugehörigen örtlichen Selbsthilfegruppen im Land: _____

- (3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge? Ja Nein
- b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: _____ €
- c) Wenn nein, Zuweisung von Mitgliedsbeiträgen von Bundesorganisation? Ja Nein

- (4) a) Ist Ihr Landesverband bundeslandübergreifend aktiv? Ja Nein
- b) Wenn ja, Sitz des Landesverbandes: _____

- (5) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?
- Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE)
- Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV)
- Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände: _____
- Sonstige (z.B. Fachgesellschaften): _____
-

(5) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband:

- keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 6 bis 10 mehr als 10

(6) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V (Krankheitsobergruppen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen |

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Faltblatt/Selbstdarstellung beifügen):

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung (soweit bekannt):

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

- Broschüre, Faltblatt, Newsletter, Mitgliederzeitschrift, Homepage (Ausdruck) o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist /sind beigefügt.

(8) Hat sich Ihr Landesverband eigene Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?


- Ja, bitte Kopie beifügen Nein

Ort, Datum

Ort, Datum



Unterschrift 1. Vertretungsbefugter



Unterschrift 2. Vertretungsbefugter