

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfekontaktstellen

(Anlage 1)

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

(1) Name der Selbsthilfekontaktstelle:

Anschrift:

Ansprechpartner in der Selbsthilfekontaktstelle:

Telefon: Telefax:

E-Mail: Internet:

Öffnungs- bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle:

(2) Träger der Selbsthilfekontaktstelle (falls abweichend von Punkt (1):

Anschrift des Trägers:

Ansprechpartner des Trägers (Name und Funktion):

Telefon: Telefax:

E-Mail: Internet:

(3) Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle:

(4) Anzahl der Beratungs- und Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle:

- (5) Über welche Angebote verfügt die Selbsthilfekontaktstelle und welche Aktivitäten führt sie regelmäßig im Interesse der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen durch? (z.B. Selbsthilfetage)

[Redacted area for question 5]

- (6) Anzahl der hauptberuflichen dauerhaften Stellen in der Selbsthilfekontaktstelle (Beschäftigungsverhältnis mind. ein Jahr):

keine unter 1 1 bis 2 3 bis 5 mehr als 5

- (7) Fachliche Qualifikation der Mitarbeiter der Selbsthilfekontaktstelle:

[Redacted area for question 7]

- (8) Ist für die Mitarbeiter der Selbsthilfekontaktstelle die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen?

Ja Nein

- (9) Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle

a) Bitte nennen Sie die/den Region, Bezirk, Kreis, Stadt:

[Redacted area for question 9a]

b) Anzahl der Einwohner im Einzugsbereich:

[Redacted area for question 9b]

c) Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich:

[Redacted area for question 9c]

- (10) Ist die Selbsthilfekontaktstelle grundsätzlich für alle Interessenten/Bürger offen?

Ja Nein Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

[Redacted area for question 10]

- (11) Gibt es in den Räumlichkeiten der Selbsthilfekontaktstelle ein Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe?

Ja Nein

- (12) Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet?
(keine parteipolitische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

Ja Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

- (13) Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle indikationsgruppenübergreifend?

Ja Nein

Wenn nein, bitte Spezialisierung nennen:

- (14) Wie stellen Sie das fachliche, eigenständige, institutionelle Profil Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Öffentlichkeit dar? (z.B. durch ein Leitbild, Jahresbericht)

- (15) Erfolgt eine aktive Mitarbeit Ihrer Selbsthilfekontaktstelle in der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen? (hierzu zählt nicht allein die Teilnahme an Veranstaltungen der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen)

Ja, in folgender Form:

Nein, weil:

- (16) a) Werden in Ihrer Selbsthilfekontaktstelle digitale Anwendungen und Angebote genutzt und angeboten?

Ja Nein

- b) Die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit werden gewährleistet?

Ja Nein

Ort, Datum

Ort, Datum



Unterschrift 1. Vertretungsbefugter



Unterschrift 2. Vertretungsbefugter