

## 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)

- (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:

- (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:

b) Anzahl der Einwohner im Einzugsbereich:

c) Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Einzugsbereich:

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

☐ Ja                      ☐ Nein                      ☐ Nur für Mitglieder des Trägers

Wenn nein, bitte Begründung angeben:

- (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 bzw. 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