

Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfeorganisationen

(Anlage 1)

Stand der nachstehenden Angaben: (Datum)

Name des Landesverbandes:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Anschrift:	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Vorsitzende(r)/Präsident(in):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
ggf. Geschäftsführer(in):	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefon:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefax:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
E-Mail:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Internet:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

- (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?
 - b) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages: €
 - c) Wenn nein, Zuweisung von Mitgliedsbeiträgen von Bundesorganisation?

☐ Ja ☐ Nein

☐ 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) a) Werden von Ihrem Landesverband digitale Anwendungen und Angebote genutzt und angeboten?

☐ Ja ☐ Nein



b) Die geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit werden eingehalten?

Ja Nein

(8) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

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

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

☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

Ort, Datum



Unterschrift 1. Vertretungsbefugter



Unterschrift 2. Vertretungsbefugter