



gefördert vom



Förderschwerpunkt  
Innovationsfähigkeit im  
demografischen Wandel



EUROPÄISCHE UNION



Deutsches Zentrum  
für Luft- und Raumfahrt e.V.  
Projektträger im DLR

## Wohnen und Versorgung in Kirchhundem

### Fragebogen für Bürgerinnen und Bürger

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an unserer Befragung teilzunehmen !**

Die Befragung wird vom Institut für Gerontologie an der TU Dortmund im Rahmen des Projekts StrateGIN „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum - Innovative Strategien durch Vernetzung“ durchgeführt.

Das Projekt StrateGIN läuft vom 1.1.12 bis 30.4.15 und wird von der Sozialforschungsstelle (sfs), eine zentrale wissenschaftliche Einrichtung der TU Dortmund, und dem Institut für Gerontologie an der TU Dortmund in enger Kooperation mit der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V. durchgeführt. Im Rahmen des Projekts werden eine Vielzahl von Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten durchgeführt. Dazu zählt z.B. auch der Auf- und Ausbau eines interkommunalen Gesundheits- und Pflegenetzwerk in Plettenberg/Herscheid.

Die Gemeinde Kirchhundem möchte die Themen „Wohnen im Alter“ und „Sicherstellung der Versorgung auf dem Land“ weiterentwickeln.

Mithilfe dieses Fragebogens möchten wir gern Ihre Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse zu diesen Themenbereichen in Erfahrung bringen. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig, Ihre Angaben helfen jedoch dabei, die Strukturen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form ausgewertet.

Die Ergebnisse der Befragung stellen wir im Rahmen zweier Workshops am 25. März 2015 vor. Zu diesen laden wir Sie schon jetzt herzlich ein!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und

beste Grüße,

Dr. Vera Gerling und Anja Giesecking  
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund

Andreas Reinéry  
Bürgermeister der Gemeinde Kirchhundem

**FFG** Forschungsgesellschaft  
für Gerontologie e.V.

**Institut für Gerontologie an der TU Dortmund**

Frau Dr. Vera Gerling

Evinger Platz 13

44339 Dortmund

Tel. 0231/728488-18

gerling@post.tu-dortmund.de



**Gemeinde Kirchhundem**

**AGIL-Ehrenamts- und Seniorenbüro**

Frau Rosa-Maria Biernat

Hundemstraße 35

57399 Kirchhundem

Tel. 02723/409-11

r.biernat@kirchhundem.de

Herr Rigo Hoppe

Hundemstraße 35

57399 Kirchhundem

Tel. 02723/409-18

r.hoppe@kirchhundem.de

## Hinweise zur Bearbeitung und Rückgabe

In diesem Fragebogen gibt es unterschiedliche Fragetypen; Hinweise zum Ausfüllen finden Sie jeweils nach der jeweiligen Fragestellung (z.B. *Mehrfachnennungen möglich.*)

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen direkt vor Ort bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gemeinde Kirchhundem ab. Diese senden die ausgefüllten Fragebögen zur Auswertung an das Institut für Gerontologie an der TU Dortmund.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

## Fragebogen

## I. Angaben zu Ihrer Person

## 1.1 Wie alt sind Sie?

- |                                          |                                          |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unter 21 Jahren | <input type="checkbox"/> 51 bis 60 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 21 bis 30 Jahre | <input type="checkbox"/> 61 bis 70 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 31 bis 40 Jahre | <input type="checkbox"/> 71 bis 80 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 41 bis 50 Jahre | <input type="checkbox"/> über 80 Jahre   |

## 1.2 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- männlich                       weiblich

## 1.3 Wie lange leben Sie schon in Kirchhundem?

- |                                                                   |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> durchgehend seit meiner Geburt           | <input type="checkbox"/> seit 3 bis 10 Jahren      |
| <input type="checkbox"/> mit Unterbrechungen seit meiner Kindheit | <input type="checkbox"/> seit weniger als 3 Jahren |
| <input type="checkbox"/> seit mehr als 10 Jahren                  |                                                    |

## 1.4 In welchem Bezirk leben Sie zurzeit?

- |                                                        |                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heinsberg                     | <input type="checkbox"/> Welschen Ennest                                      |
| <input type="checkbox"/> Albaum                        | <input type="checkbox"/> Rahrbach, Kruberg                                    |
| <input type="checkbox"/> Würdinghausen                 | <input type="checkbox"/> Silberg, Varste                                      |
| <input type="checkbox"/> Kirchhundem, Flape, Herrntrop | <input type="checkbox"/> Brachthausen, Wirme, Emlinghausen                    |
| <input type="checkbox"/> Hofolpe                       | <input type="checkbox"/> Marmecke, Rinsecke                                   |
| <input type="checkbox"/> Benolpe                       | <input type="checkbox"/> Oberhundem, Schwartmecke, Selbecke, Erlhof, Stelborn |

## 1.5 Leben mehrere Personen in Ihrem Haushalt?

Wenn ja, geben Sie bitte an mit welchen Personen Sie zusammen leben. *Mehrfachnennungen möglich.*

- Nein, ich lebe allein.
- Ja, ich lebe zusammen mit:
- |                                                                       |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Partner/Partnerin                            | <input type="checkbox"/> Mutter/Schwiegermutter                                    |
| <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter und/oder Schwiegersohn/-tochter | <input type="checkbox"/> Freunden / Bekannten in einer Wohngemeinschaft            |
| <input type="checkbox"/> Enkel(n)                                     | <input type="checkbox"/> anderen Personen, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i> |
| <input type="checkbox"/> Vater/Schwiegervater                         | _____                                                                              |

1.6 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?  
(Sie selbst eingerechnet)?

Anzahl: \_\_\_\_\_

**1.7 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind jünger als 14 Jahre?**

Anzahl: \_\_\_\_\_

**1.8 Unterstützen Sie eine Person, die aufgrund des Alters, einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung hilfs- oder pflegebedürftig ist?**

ja → Weiter mit Frage 1.9  nein → Weiter mit Frage 1.11

**1.9 Wen unterstützen oder pflegen Sie? Mehrfachnennungen möglich.**

(Ehe-)Partner/(Ehe-)Partnerin  (Schwieger-)Mutter/(Schwieger-)Vater  
 Nachbar/Nachbarin  Freund/Freundin  
 andere Personen, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)* \_\_\_\_\_

**1.10 Worin unterstützen Sie diese Person? Mehrfachnennungen möglich.**

Einfacheren Pflegetätigkeiten z.B. *Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren*  Haushaltsführung z.B. *Wäsche waschen/bügeln, Putzen, Kochen, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken*  
 Schwierigeren Pflegetätigkeiten, z. B. *Hilfe beim Umbetten/Lagern, Transfer vom Stuhl ins Bett, Inkontinenzversorgung usw.*  Erledigungen außer Haus durchführen z.B. *Einkaufen, Arztbesuch, Behördengänge*  
 Medikamentengaben, Injektionen  Organisation von Finanzen, behördlichen Angelegenheiten  
 Ernährung z.B. *Mahlzeiten und Getränke anreichen*  Finanzielle Unterstützung  
 Organisation von Pflege und Betreuung z.B. *Absprachen mit anderen Angehörigen, Freunden, Nachbarn, ambulanten Diensten*  Beaufsichtigung und Anleitung  
 Emotionale Unterstützung z.B. *Gespräche, Gesellschaft leisten*  Sonstiges, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)* \_\_\_\_\_

**1.11 Sind Sie selbst in Ihrer Mobilität eingeschränkt?**

(Bitte antworten Sie mit ja, wenn Sie in der Muskelkraft, Motorik und Beweglichkeit eingeschränkt und/oder auf Hilfsmittel wie Rollstuhl, Rollator oder Gehhilfen angewiesen sind.)

ja → Weiter mit Frage 1.12  nein → Weiter mit Frage 1.13

**1.12 Können Sie aufgrund Ihrer Mobilitätseinschränkung Alltagsaktivitäten weniger oder gar nicht wahrnehmen? Wenn ja, welche? Mehrfachnennungen möglich.**

Nein, ich kann alle Alltagsaktivitäten wahrnehmen.  
 Ja, und zwar:  
 Einkauf  Besuch des Friedhofs  
 Arztbesuch  Besuch einer religiösen Einrichtung  
 Apotheke / Abholen von Medikamenten  Freizeitaktivitäten  
 Besuche von Freunden und Verwandten  Sonstiges, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)* \_\_\_\_\_  
 Friseurbesuch \_\_\_\_\_

**1.13 Welche Angebote würden Ihnen oder mobilitätseingeschränkten Personen aus Ihrem Umfeld helfen, Alltagsaktivitäten (z. B. Einkaufen, Arztbesuche) wieder wahrnehmen zu können?**

*Mehrfachnennungen möglich.*

- persönliche Begleitung und Unterstützung
- Hol- und Bringdienste
- bessere öffentliche Verkehrsmittel (z. B. Anbindung, Taktung, Barrierefreiheit)
- Mitfahrgelegenheiten
- technische Hilfsmittel wie z.B. Rollator
- mobile Angebote, wie z.B. Verkaufswagen, mobiles Geldinstitut etc.
- bauliche Maßnahmen in Ihrem Wohnumfeld, z.B. *(bitte tragen Sie ein)*:  
\_\_\_\_\_
- Sonstiges, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)*  
\_\_\_\_\_

**1.14 Haben Sie ein Auto zur Verfügung, welches Sie selber fahren?**

- ja → Weiter mit Frage 2.1       nein → Weiter mit Frage 1.15

**1.15 Haben Sie jemanden, der Sie regelmäßig fährt?**

- ja       nein

## II. Wohnen

### 2.1 Wie wohnen Sie?

- |                                                                                                                                                                           |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zur Miete<br><input type="checkbox"/> im Eigentum<br><input type="checkbox"/> im Betreuten Wohnen<br><input type="checkbox"/> im Altenpflegeheim | <input type="checkbox"/> in einer anderen Wohnform, und zwar:<br><i>(bitte tragen Sie ein)</i><br>_____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 2.2 Wir möchten gerne Näheres über Ihre Wohnung bzw. Wohnumgebung erfahren.

Bitte wählen Sie pro Zeile **eine** Antwortmöglichkeit aus.

	stimme <u>voll</u> zu	stimme <u>eher</u> zu	teils, teils	stimme <u>eher</u> <u>nicht</u> zu	stimme <u>gar nicht</u> zu
Ich lebe gerne in meinem Bezirk / Ortsteil von Kirchhundem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Gebäudequalität meiner Wohnung / meines Hauses ist gut (z.B. Helligkeit, Wärmeschutz, Lärmisolierung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Wohnung / mein Haus ist barrierefrei (z.B. ohne Stufen und Schwellen, mit breiteren Türen, bodenebener Dusche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachbarschaftshilfe ist in meinem Ortsteil selbstverständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Umgebung meiner Wohnung / meines Hauses fühle ich mich sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bürgersteige in meiner Umgebung sind in einem guten Zustand und haben z.B. keine Stolperkanten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Ortsteil ist weitgehend barrierefrei (z.B. barrierefreie Wege für Rollstühle, ausreichende Lichtquellen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann alle Dinge des täglichen Bedarfs in meinem direkten Wohnumfeld kaufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Umfeld gibt es Treffpunkte, wo ich mit anderen Menschen zusammen kommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte so lange wie möglich in meinem Ortsteil leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Wohnumgebung ist sauber und ruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2.3 Was gefällt Ihnen gut in Ihrem Umfeld?**

Bitte beschreiben Sie stichwortartig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.4 Was gefällt Ihnen nicht gut in Ihrem Umfeld? Gibt es Maßnahmen, die zu einer Verbesserung Ihres Wohnumfeldes beitragen würden (z.B. das Aufstellen von Ruhebänken, längere Ampelzeiten etc.) und die Sie hiermit empfehlen möchten?**

Bitte beschreiben Sie stichwortartig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2.5 Können Sie sich vorstellen, bei Bedarf später einmal in eine andere Wohnform umzuziehen?**

Bitte wählen Sie pro Zeile eine Antwortmöglichkeit aus.

	Ja, auf jeden Fall	Könnte in Frage kommen	Nein, auf gar keinen Fall	Kann ich jetzt noch nicht beurteilen
Pflegeeinrichtung / Heim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreutes Wohnen / Service-Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftliches Wohnen von Jung & Alt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulant betreute Wohngemeinschaft für ältere Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barrierefreie Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die Fragen 2.6 bis 2.9 nur, wenn das Betreute Wohnen/ Service Wohnen grundsätzlich für Sie in Frage kommt!

**2.6 Falls Sie Interesse hätten, in eine Einrichtung des Betreuten Wohnens / Service Wohnens zu ziehen, würden Sie das nach aktuellem Stand alleine oder mit Partner/in machen?**

alleine  mit Partner/in

**2.7 Falls Sie Interesse hätten, in eine Einrichtung des Betreuten Wohnens / Service Wohnens zu ziehen, wie groß müsste die Wohnung sein?** Falls sie unter 2.6 angegeben haben, mit einem Partner / einer Partnerin einziehen zu wollen, geben Sie bitte an, wie groß die Wohnung für Sie beide sein müsste. Falls Sie unter 2.6 angegeben haben, alleine einziehen zu wollen, geben Sie bitte an, wie groß die Wohnung für Sie allein sein müsste.

- |                                   |                                              |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 30-40 qm | <input type="checkbox"/> 60-70 qm            |
| <input type="checkbox"/> 40-50 qm | <input type="checkbox"/> über 70 qm          |
| <input type="checkbox"/> 50-60 qm | <input type="checkbox"/> weiß ich noch nicht |

**2.8 Falls Sie Interesse hätten, in eine Einrichtung des Betreuten Wohnens / Service Wohnens zu ziehen, wie viel Mietzins (warm, ohne Strom und ohne zusätzliche Serviceleistungen) wären Sie bereit zu zahlen?** Bitte berücksichtigen Sie auch hier, ob Sie unter 2.6 angegeben haben, mit einem Partner / einer Partnerin einziehen zu wollen oder alleine.

- |                                        |                                              |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis zu 400 €  | <input type="checkbox"/> bis zu 1.200 €      |
| <input type="checkbox"/> bis zu 600 €  | <input type="checkbox"/> mehr als 1.200 €    |
| <input type="checkbox"/> bis zu 800 €  | <input type="checkbox"/> weiß ich noch nicht |
| <input type="checkbox"/> bis zu 1000 € |                                              |

**2.9 Wie weit dürfte die Einrichtung des Betreuten Wohnens / Service Wohnens von Ihrem jetzigen Wohnort entfernt sein?**

- |                                              |                                                |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 5 Kilometer     | <input type="checkbox"/> 20 bis 25 Kilometer   |
| <input type="checkbox"/> 5 bis 10 Kilometer  | <input type="checkbox"/> mehr als 25 Kilometer |
| <input type="checkbox"/> 10 bis 15 Kilometer | <input type="checkbox"/> ist mir egal          |
| <input type="checkbox"/> 15 bis 20 Kilometer | <input type="checkbox"/> weiß ich noch nicht   |

### III. Versorgung

**3.1 Sind die folgenden Einrichtungen gut für Sie zu erreichen?**

(Nicht relevant ist dabei, wie sie diese erreichen, ob zu Fuß, mit dem Fahrrad, mit dem Auto, mit dem Bus etc.) Wäre Ihnen wichtig, dass diese gut zu erreichen sind?

Bitte kreuzen Sie je Zeile an, ob die Einrichtung für Sie gut zu erreichen ist und ob Ihnen dies wichtig ist.

	Gut zu erreichen	Schwierig zu erreichen	Bin nicht informiert	Wichtig	Weniger wichtig
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt / Hausärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt / Fachärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Fortsetzung: Sind die folgenden Einrichtungen gut für Sie zu erreichen? Wäre Ihnen wichtig, dass diese gut zu erreichen sind?</b>					
	Gut zu erreichen	Schwierig zu erreichen	Bin nicht informiert	Wichtig	Weniger wichtig
Psychotherapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeut/in (Krankengymnast/in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitätshaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorenheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffpunkte für ältere Menschen z.B. Räumlichkeiten oder spezielle Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirche / andere religiöse Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grünfläche/Park	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gasthaus/Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittelgeschäft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bäckerei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltestelle öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bank /Geldinstitut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.2 Bietet Ihr Lebensmittelgeschäft einen Lieferdienst an?**

ja                       nein                       weiß nicht

**3.3 Bietet Ihre Apotheke einen Lieferdienst für Medikamente an?**

ja                       nein                       weiß nicht

### 3.4 Welche Einrichtung(en) fehlt / fehlen aus Ihrer Sicht in Ihrem Umfeld besonders, um das Leben zu erleichtern?

Bitte beschreiben Sie stichwortartig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3.5 Wie zufrieden sind Sie mit der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Ihrem Umfeld?

Bitte wählen Sie pro Zeile **eine** Antwortmöglichkeit aus.

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Teils, teils	Nicht zufrieden	Überhaupt nicht zufrieden	Noch nicht in Anspruch genommen
Pharmazeutische Versorgung (Apotheken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärztliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeutische Versorgung (Krankengymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeutische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante pflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilstationäre pflegerische Versorgung (Tagespflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilstationäre pflegerische Versorgung (Nachtpflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre pflegerische Versorgung (Seniorenheim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.6 Welche Vorschläge haben Sie, wie die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Ihrem Ortsteil bzw. in Kirchhundem verbessert werden könnte?

Bitte beschreiben Sie stichwortartig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## IV. Ehrenamt

### 4.1 Sind Sie ehrenamtlich aktiv?

- ja  nein

### 4.2 Können Sie sich vorstellen, ehrenamtlich aktiv zu werden?

Wenn ja, in welchen Bereichen? *Mehrfachnennungen möglich.*

- Nein, ich möchte nicht ehrenamtlich aktiv werden.
- Ja, ich möchte mich engagieren und zwar in folgenden Bereichen:
- Soziales für Ältere (z.B. Besuchsdienste, Begleitsdienste, Hol- und Bringdienste, Beratung)
  - Soziales für Kinder und Jugendliche (z.B. Vorlesen, Kinderbetreuung, Bildungspatenschaft)
  - Haushalt, Handarbeit und Heimwerken (z.B. kleine handwerkliche Hilfen, kurzfristige hauswirtschaftliche Hilfen, Unterstützung bei Balkon/Garten)
  - Sport und Bewegung (z.B. Radfahr- oder Wandergruppe, Lauftreff)
  - Bildung, Freizeit und Geselligkeit (z.B. Computergruppe, Vorträge, Gesprächskreise, Spieletreff)
  - Kultur und Musik (z.B. Chor, Theatergruppe, (multi-)kulturelle Veranstaltungen)
  - Organisation, Koordination und Verwaltung (z.B. Einsatzkoordination, Zeiterfassung)
  - Sonstiges, und zwar: *(bitte tragen Sie ein)* \_\_\_\_\_

### 4.3 Nehmen Sie regelmäßig ehrenamtliche Leistungen von anderen in Anspruch? (z.B. kleine handwerkliche Hilfen, Besuchsdienste etc.)

- ja  nein

### 4.4 Können Sie sich vorstellen, ehrenamtliche Leistungen von anderen in Anspruch zu nehmen?

Wenn ja, in welchen Bereichen? *Mehrfachnennungen möglich.*

- Nein, ich möchte keine ehrenamtlichen Leistungen von anderen in Anspruch nehmen.
- Ja, ich möchte ehrenamtliche Leistungen in Anspruch nehmen und zwar in folgenden Bereichen:
- |                                                                                   |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Besuchsdienste                                           | <input type="checkbox"/> Kleine handwerkliche Arbeiten                  |
| <input type="checkbox"/> Begleitsdienste                                          | <input type="checkbox"/> Gartenarbeit                                   |
| <input type="checkbox"/> Hol- und Bringdienste                                    | <input type="checkbox"/> Computertätigkeiten                            |
| <input type="checkbox"/> Haushalt                                                 | <input type="checkbox"/> Angebote zur Entlastung pflegender Angehöriger |
| <input type="checkbox"/> Handarbeit                                               | <input type="checkbox"/> Tierpflege z. B. Gassi gehen                   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: <i>(bitte tragen Sie ein)</i> _____ |                                                                         |

## Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Unterstützung!

**Abschließend können Sie uns Ihre Kontaktdaten hinterlassen, wenn Sie sich an Workshops, Arbeitskreisen oder Runden Tischen zu dem Thema „Wohnen und Versorgung in Kirchhundem“ beteiligen wollen, ehrenamtlich aktiv werden wollen oder sich ehrenamtliche Unterstützung wünschen.**

- Ich möchte mich an Workshops, Arbeitskreisen oder Runden Tischen zu dem Thema „Wohnen und Versorgung in Kirchhundem“ beteiligen.
- Ich möchte ehrenamtlich aktiv werden.
- Ich wünsche mir ehrenamtliche Unterstützung.

Name: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

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