

Seniorenbefragung Ahaus 2015

<< PIN >>

Frage Nr.	I. Lebensgefühl & Wohnen	
W1	Die Stadt Ahaus möchte mit dieser Befragung die Wünsche und Bedürfnisse älterer Menschen erfragen. Für wie wichtig halten Sie eine solche Befragung? Für ...	
	Sehr wichtig	<input type="checkbox"/> 1
	Wichtig	<input type="checkbox"/> 2
	Weniger wichtig	<input type="checkbox"/> 3
	Unwichtig	<input type="checkbox"/> 4
W2	Wie wohl fühlen Sie sich in der Stadt Ahaus insgesamt?	
	Sehr wohl	<input type="checkbox"/> 1
	Alles in allem wohl	<input type="checkbox"/> 2
	Weniger wohl	<input type="checkbox"/> 3
	Unwohl	<input type="checkbox"/> 4
W3	Und wie wohl fühlen Sie sich in Ihrer näheren Wohnumgebung?	
	Sehr wohl	<input type="checkbox"/> 1
	Alles in allem wohl	<input type="checkbox"/> 2
	Weniger wohl	<input type="checkbox"/> 3
	Unwohl	<input type="checkbox"/> 4
W4	In welchem Ortsteil von Ahaus wohnen Sie?	
	Ahaus	<input type="checkbox"/> 1
	Alstätte	<input type="checkbox"/> 2
	Graes	<input type="checkbox"/> 3
	Ottenstein	<input type="checkbox"/> 4
	Wessum	<input type="checkbox"/> 5
	Wüllen	<input type="checkbox"/> 6
W5	Wohnen Sie zur Miete oder in Ihrem Eigentum?	
	Zur Miete	<input type="checkbox"/> 1
	Im Eigentum	<input type="checkbox"/> 2
W6	In welchem Haus bzw. in welcher Etage wohnen Sie?	
	Einfamilienhaus	<input type="checkbox"/> 1
	Mehrfamilienhaus, und zwar	
	Souterrain (Tiefgeschoss)	<input type="checkbox"/> 2
	Erdgeschoss	<input type="checkbox"/> 3
	1. Etage	<input type="checkbox"/> 4
	2. Etage	<input type="checkbox"/> 5
	3. Etage	<input type="checkbox"/> 6
	4. Etage oder höher	<input type="checkbox"/> 7

II. Soziale Einbindung & Kontakte

S1	Wie viele Personen, Sie selbst eingerechnet, leben in Ihrem Haushalt?																								
	Zahl der Personen _____																								
S2	Und mit wem wohnen Sie zurzeit zusammen? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kategorien an.																								
	<table border="0"> <tr> <td>Ich lebe alleine</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mit Ehe- / Lebenspartner(in)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mit Kind / Kindern</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ich wohne in einem Altenheim / Pflegeheim</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ich wohne in betreutem Wohnen, Wohnen mit Service</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mit sonstigen Personen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> </table>	Ich lebe alleine	<input type="checkbox"/>	1	Mit Ehe- / Lebenspartner(in)	<input type="checkbox"/>	1	Mit Kind / Kindern	<input type="checkbox"/>	1	Ich wohne in einem Altenheim / Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	1	Ich wohne in betreutem Wohnen, Wohnen mit Service	<input type="checkbox"/>	1	Mit sonstigen Personen	<input type="checkbox"/>	1						
Ich lebe alleine	<input type="checkbox"/>	1																							
Mit Ehe- / Lebenspartner(in)	<input type="checkbox"/>	1																							
Mit Kind / Kindern	<input type="checkbox"/>	1																							
Ich wohne in einem Altenheim / Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	1																							
Ich wohne in betreutem Wohnen, Wohnen mit Service	<input type="checkbox"/>	1																							
Mit sonstigen Personen	<input type="checkbox"/>	1																							
S3	Haben Sie Kinder? Falls ja, wie viele?																								
	<table border="0"> <tr> <td>Nein, ich habe keine Kinder</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ja, und zwar _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Nein, ich habe keine Kinder	<input type="checkbox"/>	1	Ja, und zwar _____																				
Nein, ich habe keine Kinder	<input type="checkbox"/>	1																							
Ja, und zwar _____																									
S4	Wo lebt Ihr Kind / Wo leben Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Kategorien an.																								
	<table border="0"> <tr> <td>Im selben Haus / in unmittelbarer Nähe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Etwas weiter weg, aber in Ahaus (alle Ortsteile)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>In der näheren Umgebung (unter 15 km)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Zwischen 15 und 50 km entfernt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mehr als 50 km entfernt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> </table>	Im selben Haus / in unmittelbarer Nähe	<input type="checkbox"/>	1	Etwas weiter weg, aber in Ahaus (alle Ortsteile)	<input type="checkbox"/>	1	In der näheren Umgebung (unter 15 km)	<input type="checkbox"/>	1	Zwischen 15 und 50 km entfernt	<input type="checkbox"/>	1	Mehr als 50 km entfernt	<input type="checkbox"/>	1									
Im selben Haus / in unmittelbarer Nähe	<input type="checkbox"/>	1																							
Etwas weiter weg, aber in Ahaus (alle Ortsteile)	<input type="checkbox"/>	1																							
In der näheren Umgebung (unter 15 km)	<input type="checkbox"/>	1																							
Zwischen 15 und 50 km entfernt	<input type="checkbox"/>	1																							
Mehr als 50 km entfernt	<input type="checkbox"/>	1																							
S5	Überlegen Sie jetzt bitte einmal, mit welchen Personen Sie im Laufe einer normalen Woche sprechen. Zu welchen Menschen haben Sie mindestens einmal pro Woche Kontakt?																								
	<table border="0"> <tr> <td>Eigene Kinder</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Enkelkinder oder andere Verwandte</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Freunde / Bekannte / Vereinskollegen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Nachbarn</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Arzt</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pflegekräfte / Mitarbeiter/innen eines ambulanten Dienstes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Pfarrer / Mitglieder einer Kirchengemeinde</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Andere</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> </tr> </table>	Eigene Kinder	<input type="checkbox"/>	1	Enkelkinder oder andere Verwandte	<input type="checkbox"/>	1	Freunde / Bekannte / Vereinskollegen	<input type="checkbox"/>	1	Nachbarn	<input type="checkbox"/>	1	Arzt	<input type="checkbox"/>	1	Pflegekräfte / Mitarbeiter/innen eines ambulanten Dienstes	<input type="checkbox"/>	1	Pfarrer / Mitglieder einer Kirchengemeinde	<input type="checkbox"/>	1	Andere	<input type="checkbox"/>	1
Eigene Kinder	<input type="checkbox"/>	1																							
Enkelkinder oder andere Verwandte	<input type="checkbox"/>	1																							
Freunde / Bekannte / Vereinskollegen	<input type="checkbox"/>	1																							
Nachbarn	<input type="checkbox"/>	1																							
Arzt	<input type="checkbox"/>	1																							
Pflegekräfte / Mitarbeiter/innen eines ambulanten Dienstes	<input type="checkbox"/>	1																							
Pfarrer / Mitglieder einer Kirchengemeinde	<input type="checkbox"/>	1																							
Andere	<input type="checkbox"/>	1																							

III. Umgebung & Infrastruktur

I1	Wie erledigen Sie Ihre Besorgungen, z. B. Arztbesuche, Einkäufe oder Behördengänge? Was von dem Folgenden trifft auf Sie zu?			
		Häufig	Selten	Nie
	Fahre mit dem Bus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Fahre selbst mit dem Auto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Werde im Auto mitgenommen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Fahre mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Gehe zu Fuß	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Wende mich an Fahrdienst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Nutze Taxi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Lasse mir Waren von örtlichen Händlern ins Haus liefern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Bestelle Waren im Internet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

I2	Wie zufrieden sind Sie mit der Erreichbarkeit von folgenden Einrichtungen und sozialen Angeboten? Oder benötigen Sie dieses Angebot nicht?						
		Sehr zu- frie- den	Eher zu- frie- den	Teils/ teils	Eher unzu- frie- den	Sehr unzu- frie- den	Benö- tige ich nicht
	Lebensmittelgeschäft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Reinigung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Ärzte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Apotheke	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Rathaus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Geldinstitut (Bank, Sparkasse)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Postfiliale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Friseur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Grünanlage / Park	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Restaurant / Café	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Seniorentreff	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Kino / Kultureinrichtungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Sportangebote	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Kirche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Haltestelle für öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8
	Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

I3	Welches Angebot vermissen Sie und wie wichtig wäre es für Sie?		
	Sehr wichtig	Wich- tig	Nicht so wichtig
1. Angebot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Angebot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Angebot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

I4	Wie sieht es derzeit bei Ihnen mit Unterstützung im Alltag und bei Erledigungen aus? Erhalten Sie derzeit Unterstützung, z. B. im Haushalt, beim Einkaufen, bei der Pflege oder bei sonstigen Tätigkeiten? Wenn Sie Hilfe von Personen aus Ihrem Haushalt und weiteren Personen erhalten, geben Sie bitte beides an.	
Ja, von Personen, die im selben Haushalt leben	<input type="checkbox"/> 1	>> Weiter mit Frage I5
Ja, von sonstigen Personen oder Einrichtungen	<input type="checkbox"/> 1	>> Weiter mit Frage I5
Nein, ich erhalte keine Hilfe	<input type="checkbox"/> 1	>> Weiter mit Frage I8

I5	Von wem und wie häufig erhalten Sie diese Unterstützung? Wenn es mehrere Personen sind, geben Sie bitte alle an.					
	Ständig (täglich)	Regel- mäßig (wöch- entlich)	Ab und zu (monat- lich)	Selte- ner	Nie / Trifft nicht zu	
Ehe-(Lebens-)Partner/in	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Kind / Kinder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Weitere Angehörige	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Freunde / Bekannte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Ambulante Dienste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Private Pflegekraft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Putz- / Reinigungshilfe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Sonstige, und zwar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

I6	Um welche Hilfen handelt es sich hauptsächlich? Wenn es mehrere sind, geben Sie bitte alle an.	
Persönliche Pflege (z. B. Hilfe beim Anziehen, Duschen oder Baden, Essen)	<input type="checkbox"/> 1	>> Frage I7
Praktische Hilfe im Haushalt (z. B. Hilfe beim Einkaufen, Putzen, Gartenarbeiten)	<input type="checkbox"/> 1	>> Frage I7
Hilfe mit Behörden und Ämtern (z. B. Ausfüllen von Formularen und Anträgen)	<input type="checkbox"/> 1	>> Frage I8

I7	In einer durchschnittlichen Woche, wie viele Stunden erhalten Sie die jeweilige Hilfe?	
Persönliche Pflege	—	Std.
Praktische Hilfe im Haushalt	—	Std.

18	Wenn Sie jetzt einmal an die Situation älterer oder pflegebedürftiger Menschen in Ihrem Ortsteil denken: Welche dieser Gesundheitsdienste und sozialen Angebote sollten in Ihrer Wohnumgebung unbedingt oder eventuell angeboten werden bzw. angeboten bleiben?		
	Unbe- dingt	Even- tuell	Nicht not- wen- dig
24-Stunden-Notrufsystem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gesundheitsangebote (z. B. Fußpflege, Massagen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Betreuungsleistungen (z. B. bei kurzfristiger Erkrankung)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ambulante Dauerpflege	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Kurzzeitpflege / Tagespflege	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Mittagstisch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Vollverpflegung (Frühstück, Mittagstisch, Abendessen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Fahr- und Bringdienste (z. B. Einkäufe, Arztfahrten)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Kleine handwerkliche Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hilfe im Haushalt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hilfe ums Haus / im Garten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hilfe bei Behördengängen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Organisation von Freizeit (z. B. Theater, Tagesausflüge)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Besuchsdienste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sonstiges, und zwar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

19	Jetzt kommen wir noch einmal zu Ihrer eigenen Wohnsituation. Wenn Sie an die baulichen Verhältnisse denken: Kommen Sie in Ihrer derzeitigen Wohnung bzw. Ihrem Haus aktuell gut zurecht, oder bereitet Ihnen etwas Schwierigkeiten bzw. könnte in Zukunft schwierig werden?	
	Ich komme aktuell und voraussichtlich auch später mit allem gut zurecht	<input type="checkbox"/> 1 >> Weiter mit Fr. I11
	Es gibt aktuell schon mal Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 1 >> Weiter mit Fr. I10
	Es könnten später altersbedingte Schwierigkeiten auftreten	<input type="checkbox"/> 1 >> Weiter mit Fr. I10

I10	Wo sind die Schwierigkeiten? Wenn es mehrere sind, nennen Sie bitte alle.	
	Sanitärbereich	<input type="checkbox"/> 1
	Türbreiten	<input type="checkbox"/> 1
	Stufen / Schwellen im Haus / in der Wohnung	<input type="checkbox"/> 1
	Treppenstufen vor dem Haus	<input type="checkbox"/> 1
	Fehlender Aufzug	<input type="checkbox"/> 1
	Sonstige Schwierigkeiten, und zwar	<input type="checkbox"/> 1

I11	Sind Sie im täglichen Leben auf Geh- oder Mobilitätshilfen angewiesen? Falls ja, auf welche? Wenn es mehrere sind, geben Sie bitte alle an.
	Nein, keine Geh- oder Mobilitätshilfen erforderlich <input type="checkbox"/> 1
	Ja, erforderlich, und zwar
	Gehstock <input type="checkbox"/> 1
	Rollator <input type="checkbox"/> 1
	Rollstuhl / Scooter <input type="checkbox"/> 1
	Behindertengerechtes Auto <input type="checkbox"/> 1

IV. Perspektive Alter

P1	Bitte denken Sie jetzt einmal viele Jahre weiter. Welche Verbesserungen in der Infrastruktur oder den Dienstleistungen würden Sie sich in Ahaus besonders wünschen, damit Sie hier bis ins hohe Alter gut leben können?
	1. Verbesserung _____
	1. Verbesserung _____
	3. Verbesserung _____

P2	Angenommen, Sie brauchen irgendwann einmal mehr Hilfe in Ihrem Alltag. Können Sie sich dann vorstellen, in einer dieser Wohnformen zu leben?																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Wohne schon hier</th> <th>Kann ich mir vorstellen</th> <th>Nein, auf keinen Fall</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegeeinrichtung / Seniorenheim / Seniorenresidenz</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Betreutes Wohnen</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Mehrgenerationenwohnen von Jung & Alt</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Wohngemeinschaft für Senioren</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Wohnen bei den eigenen Kindern / Familie / Freunden</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> </tbody> </table>		Wohne schon hier	Kann ich mir vorstellen	Nein, auf keinen Fall	Pflegeeinrichtung / Seniorenheim / Seniorenresidenz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Mehrgenerationenwohnen von Jung & Alt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Wohngemeinschaft für Senioren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Wohnen bei den eigenen Kindern / Familie / Freunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Wohne schon hier	Kann ich mir vorstellen	Nein, auf keinen Fall																						
Pflegeeinrichtung / Seniorenheim / Seniorenresidenz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																						
Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																						
Mehrgenerationenwohnen von Jung & Alt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																						
Wohngemeinschaft für Senioren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																						
Wohnen bei den eigenen Kindern / Familie / Freunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																						

P3	Würden Sie dafür auch aus dem Ortsteil in Ahaus, in dem Sie heute leben, oder aus Ahaus wegziehen? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Kategorien an.
	Nein, wenn irgend möglich, möchte ich dafür nicht aus meinem jetzigen Ortsteil wegziehen. <input type="checkbox"/> 1
	Ja, ich würde dafür in einen anderen Ortsteil umziehen <input type="checkbox"/> 1
	Ja, ich würde dafür auch ganz aus Ahaus wegziehen <input type="checkbox"/> 1

P4	Wenn Sie oder einer Ihrer Angehörigen in eine stationäre Pflegeeinrichtung müssten, welche Distanz (in Minuten Fahrzeit) zu Ihrer bisherigen Wohnstätte würden Sie maximal in Kauf nehmen?																								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="text-align: center;">bis 15</td> <td style="text-align: center;">16 -</td> <td style="text-align: center;">31 -</td> <td style="text-align: center;">46 -</td> <td style="text-align: center;">61</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Min.</td> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">60</td> <td style="text-align: center;">Min.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Min.</td> <td style="text-align: center;">Min.</td> <td style="text-align: center;">Min.</td> <td style="text-align: center;">o. m.</td> </tr> <tr> <td>Wegzeit zur Pflegeeinrichtung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> </table>		bis 15	16 -	31 -	46 -	61		Min.	30	45	60	Min.			Min.	Min.	Min.	o. m.	Wegzeit zur Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	bis 15	16 -	31 -	46 -	61																				
	Min.	30	45	60	Min.																				
		Min.	Min.	Min.	o. m.																				
Wegzeit zur Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5																				

P5	Welche der folgenden Angebote der Stadt Ahaus kennen Sie bzw. haben Sie schon genutzt?															
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Kenne ich</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Schon genutzt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Treff 55+</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Senioren-/Pflegeberatung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Freiwilligenagentur</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Senioren-Internetseite</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>		Kenne ich	Schon genutzt	Treff 55+	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Senioren-/Pflegeberatung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Freiwilligenagentur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Senioren-Internetseite	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Kenne ich	Schon genutzt														
Treff 55+	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2														
Senioren-/Pflegeberatung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2														
Freiwilligenagentur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2														
Senioren-Internetseite	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2														

V. Abschließend noch ein paar Fragen zu Ihrer Person

B1	In welchem Jahr sind Sie geboren?
	Geburtsjahr _____

B2	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.
Männlich	<input type="checkbox"/> 1
Weiblich	<input type="checkbox"/> 2

B3	Welchen Berufsstatus haben Sie?
Berufstätig	<input type="checkbox"/> 1
Rentner / Pensionär / im Vorruhestand / Rentner mit Nebenerwerb	<input type="checkbox"/> 2
Hausfrau	<input type="checkbox"/> 3
Arbeitslos	<input type="checkbox"/> 4

B4	Helfen Sie Anderen oder arbeiten Sie ehrenamtlich? Falls ja, kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Tätigkeiten an.
Nein	<input type="checkbox"/> 1
Ja, im privaten Rahmen, und zwar ...	
in der Familie	<input type="checkbox"/> 1
bei Nachbarn / Freunden	<input type="checkbox"/> 1
Ja, ehrenamtlich tätig, und zwar ...	
in der Kirche	<input type="checkbox"/> 1
in Vereinen	<input type="checkbox"/> 1
in Projekten	<input type="checkbox"/> 1
in Parteien	<input type="checkbox"/> 1
Andere, und zwar _____	<input type="checkbox"/> 1

B5	Sind Sie oder Ihre Eltern aus einem anderen Land nach Deutschland gekommen?	
	Eltern sind / Elternteil ist eingewandert, ggf. als Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> 1
	Selbst eingewandert, ggf. als Spätaussiedler	<input type="checkbox"/> 1
	Keiner ist eingewandert	<input type="checkbox"/> 1

B6	Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen nach Abzug von Steuern und der Beiträge zur Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung?	
	Bis unter 800 €	<input type="checkbox"/> 1
	800 bis unter 1.300 €	<input type="checkbox"/> 2
	1.300 bis unter 2.000 €	<input type="checkbox"/> 3
	2.000 bis unter 3.000 €	<input type="checkbox"/> 4
	3.000 bis unter 4.000 €	<input type="checkbox"/> 5
	4.000 € und mehr	<input type="checkbox"/> 6

B7	Beziehen Sie derzeit eine der folgenden Leistungen? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden an.	
	Rente der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> 1
	Beamtenversorgung	<input type="checkbox"/> 1
	Betriebliche oder öffentliche Zusatzversorgung	<input type="checkbox"/> 1
	Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> 1
	Arbeitslosengeld II (Hartz IV)	<input type="checkbox"/> 1
	Grundsicherung im Alter / Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> 1
	Wohngeld	<input type="checkbox"/> 1
	Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> 1

B8	Haben Sie weitere Anregungen?
	<hr/>
	<hr/>
	<hr/>

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Befragung!
 Sie tragen damit dazu bei, dass die Stadt Ahaus
 ihre Maßnahmen zugunsten älterer Menschen gezielt an deren Bedürfnissen ausrichten kann.

Bitte senden Sie den Fragebogen **möglichst umgehend** in dem beigegeführten Rückumschlag **portofrei** zurück an

L·Q·M Marktforschung



L · Q · M