

Älterwerden in Offenbach: Aktiv – Lebenswert – Solidarisch

Bestandsaufnahme ambulanter Unterstützungseinrichtungen für Senioren Stadt Offenbach am Main

1.	Name der Einrichtung: _____ _____
2.	Adresse: Straße, Nr.: _____ Stadtteil: _____ Postleitzahl: _____ Tel.: _____ Mobil: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
3.	Rechtsform bzw. Träger: Kommune <input type="checkbox"/> Deutsches Rotes Kreuz <input type="checkbox"/> Arbeiterwohlfahrt <input type="checkbox"/> Caritasverband <input type="checkbox"/> Diakonischeswerk <input type="checkbox"/> Katholisches Dekanat <input type="checkbox"/> Ev. Kirchengemeindeverband <input type="checkbox"/> Jüdische Gemeinde <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Paritätischer Wohlfahrtsverband <input type="checkbox"/> anderes (z.B. Selbsthilfegruppe, anderer relig. Träger): _____
4.	Name der Geschäftsleitung: _____ Name der Pflegedienstleitung: _____ Andere Leitungsfunktion: _____ Name: _____
5.	Öffnungszeiten der betreffenden Einrichtung: Wochentags von _____ bis _____ Wochenende von _____ bis _____ an folgenden Tagen _____ von _____ bis _____
6.	Einsatzzeiten: Kein Außendienst <input type="checkbox"/> Montag von _____ bis _____ Freitag von _____ bis _____ Dienstag von _____ bis _____ Samstag von _____ bis _____ Mittwoch von _____ bis _____ Sonntag von _____ bis _____ Donnerstag von _____ bis _____ Nachteinsatz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
7.	Anteil der über 54-Jährigen, die Ihre Dienste in Anspruch nehmen: <input type="checkbox"/> unter 20% <input type="checkbox"/> 20-40% <input type="checkbox"/> 40-60% <input type="checkbox"/> 60-80% <input type="checkbox"/> über 80%

8.	Liegt eine Informationsbroschüre vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, bitte mitsenden.																																																																														
9.	<p>Leistungen der betreffenden Einrichtung</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="209 353 359 421">eigenes Angebot</th> <th data-bbox="359 353 470 421">wird vermittelt</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Allgemeine Krankenpflege-/Altenpflege</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Zeitlich aufwendige Pflege (z.B. Sitzwache, 24-Stunden-Pflege)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Seniorentagesbetreuung bzw. -pflege</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hauswirtschaftliche Versorgung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Begleit- und Fahrdienste</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Seniorenspezifische Beratung (z.B. Wohnen, Kostenklärung, Rente u.ä.)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Psychosoziale Beratung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pflegekurs für pflegende Bezugspersonen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>„Essen auf Rädern“</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Selbsthilfegruppen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Spezialbetreuung z.B. für an Demenz Erkrankte (bitte genaue Bezeichn. angeben):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Kommunikationsangebot für Seniorinnen u. Senioren (z.B. Vorleseservice, Besuchsdienste u.ä.; - bitte genaue Bezeichnung angeben):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>andere seniorenspezifische Angebote (bitte genaue Bezeichnung angeben):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	eigenes Angebot	wird vermittelt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allgemeine Krankenpflege-/Altenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeitlich aufwendige Pflege (z.B. Sitzwache, 24-Stunden-Pflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seniorentagesbetreuung bzw. -pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Begleit- und Fahrdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seniorenspezifische Beratung (z.B. Wohnen, Kostenklärung, Rente u.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychosoziale Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekurs für pflegende Bezugspersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	„Essen auf Rädern“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppen			Spezialbetreuung z.B. für an Demenz Erkrankte (bitte genaue Bezeichn. angeben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			Kommunikationsangebot für Seniorinnen u. Senioren (z.B. Vorleseservice, Besuchsdienste u.ä.; - bitte genaue Bezeichnung angeben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			andere seniorenspezifische Angebote (bitte genaue Bezeichnung angeben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
eigenes Angebot	wird vermittelt																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allgemeine Krankenpflege-/Altenpflege																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeitlich aufwendige Pflege (z.B. Sitzwache, 24-Stunden-Pflege)																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seniorentagesbetreuung bzw. -pflege																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauswirtschaftliche Versorgung																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Begleit- und Fahrdienste																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seniorenspezifische Beratung (z.B. Wohnen, Kostenklärung, Rente u.ä.)																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychosoziale Beratung																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegekurs für pflegende Bezugspersonen																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	„Essen auf Rädern“																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbsthilfegruppen																																																																													
		Spezialbetreuung z.B. für an Demenz Erkrankte (bitte genaue Bezeichn. angeben):																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
		Kommunikationsangebot für Seniorinnen u. Senioren (z.B. Vorleseservice, Besuchsdienste u.ä.; - bitte genaue Bezeichnung angeben):																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
		andere seniorenspezifische Angebote (bitte genaue Bezeichnung angeben):																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																													
10.	Geplante Angebote: _____ _____ _____																																																																														
11.	Besteht eine Zusammenarbeit mit anderen Anbietern bzw. Einrichtungen? Wenn ja, bitte angeben mit welchen: _____ _____																																																																														

12.	Personal der betreffenden Einrichtung (Stichtag 30.06.2001) <p style="text-align: right;">Anzahl</p> - Pflegefachkräfte/Altenpflege _____ - Kranken-/Altenpflegehilfe (1.5 J. Ausbildg.) _____ - Gerontopsychiatrische Fachkräfte _____ - Krankengymnast/in _____ - Hauswirtschaftskräfte _____ - Sozialarbeiter/in _____ - Psychologe/in _____ - Schwesternhelferin (4-Wochen-Kurs) _____ - Verwaltungsangestellte _____ - Zivildienstleistende _____ - Ehrenamtliche _____ - sonstige _____
13.	Anzahl der Arbeitsverträge bezogen auf Frage 12 befristete _____ unbefristete _____ 630-DM Verträge _____
14.	Gesprochene Sprachen: _____
15.	Liegt ein schriftliches Arbeitskonzept bzw. Pflegekonzept vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, bitte mitsenden
16.	Besitzt die Einrichtung ein Gütezeichen ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welches? _____ Jahr der Auszeichnung: _____
17.	Erreichbarkeit der Einrichtung: Öffentlicher Nahverkehr: Bus Nr. _____ Haltestelle _____ Entfernung der Haltestelle bis 200m <input type="checkbox"/> bis 500m <input type="checkbox"/> bis 1000m <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/> S-Bahn Haltestelle _____ Entfernung der Haltestelle bis 200m <input type="checkbox"/> bis 500m <input type="checkbox"/> bis 1000m <input type="checkbox"/> mehr <input type="checkbox"/> Sind ausreichend Parkplätze vorhanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja: mit Gebühr <input type="checkbox"/> ohne Gebühr <input type="checkbox"/> Behindertenparkplatz ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn, ja mit Gebühr <input type="checkbox"/> ohne Gebühr <input type="checkbox"/> eigene Fahrdienste ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Datum: _____

Name: _____

Funktion: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!