

## Älterwerden in Offenbach: Aktiv – Lebenswert – Solidarisch

### Bestandsaufnahme stationärer Versorgungseinrichtungen Stadt Offenbach am Main

|    |  |
|----|--|
| 1. | <b>Name der Einrichtung:</b> _____<br>_____  |
| 2. | <b>Adresse:</b> _____<br>Straße; Nr.: _____<br>Postleitzahl: _____<br>Telefon: _____ Fax: _____<br>E-Mail: _____   |
| 3. | <b>Träger bzw. Rechtsform:</b><br>Kommune <input type="checkbox"/> Deutsches Rotes Kreuz <input type="checkbox"/> Arbeiterwohlfahrt <input type="checkbox"/> Caritasverband <input type="checkbox"/><br>Diakonischeswerk <input type="checkbox"/> Ev. Kirchengemeindeverband <input type="checkbox"/> Jüdische Gemeinde <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/><br>anderes: _____ |
| 4. | Bitte <b>Namen</b> angeben<br>Geschäftsleitung: _____<br>Pflegedienstleitung: _____  |
| 5. | <b>Anzahl der Zimmer</b> für Bewohner/innen: _____      eventl. geplant (Zeitpunkt .....)<br>Einzelzimmer: _____<br>Doppelzimmer: _____<br>Mehrbettzimmer: _____   |
| 6. | <b>Anzahl der Pflegeplätze</b> insgesamt (30.06.2001): _____<br>davon:<br>permanente Kurzzeitpflegeplätze: _____<br>eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze: _____<br>ausgewiesene gerontopsychiatrische Pflegeplätze: _____      eventl. Anzahl der Wohngruppen ____<br>Sonstige: _____  |
| 7. | <b>Geplante</b> Anzahl der Pflegeplätze insgesamt: _____      voraussichtlicher Zeitpunkt _____<br>davon:<br>permanente Kurzzeitpflegeplätze: _____<br>eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze: _____<br>ausgewiesene gerontopsychiatrische Pflegeplätze: _____      eventl. Anzahl der Wohngruppen ____<br>Sonstige: _____   |

| 8.  | <p>Einteilung der Patienten/innen nach <b>Pflegestufe</b> zum 30.06.2001:</p> <p style="text-align: center;">Anzahl der Patienten/innen</p> <p>Pflegestufe 0: _____</p> <p>Pflegestufe 1: _____</p> <p>Pflegestufe 2: _____</p> <p>Pflegestufe 3: _____</p>  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
|---|--|--|--------|--------------------------------|-------|---|-------|------------------------------------|-------|--------------------------------------|-------|---------------------|-------|-------------------------|-------|---------------------|-------|-----------------|-------|--------------------|-------|------------------------|-------|-----------------|-------|------------------|-------|
| 9.  | <p><b>Erreichbarkeit</b> der Einrichtung:</p> <p><b>Öffentlicher Nahverkehr:</b> Haltestelle _____</p> <p>Entfernung der Haltestelle      bis 200m <input type="checkbox"/>      bis 500m <input type="checkbox"/>      bis 1000m <input type="checkbox"/>      mehr <input type="checkbox"/></p> <p>Sind <b>Parkplätze</b> vorhanden?      ja <input type="checkbox"/>      nein <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">wenn ja: mit Gebühr <input type="checkbox"/>      ohne Gebühr <input type="checkbox"/></p> <p>Behindertenparkplatz vorhanden      ja <input type="checkbox"/>      nein <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">wenn ja      mit Gebühr <input type="checkbox"/>      ohne Gebühr <input type="checkbox"/></p>   |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| 10.   | <p>Bietet die Einrichtung <b>Sonderleistungen</b> an?</p> <p>(z.B. Angebot einer Tagesbetreuung oder ambulante Nutzung der Infrastruktur wie Bad, Ergotherapie oder Mittagstisch)      ja <input type="checkbox"/>      nein <input type="checkbox"/></p> <p>wenn ja, welche: _____</p> <p>_____</p>   |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| 11.   | <p><b>Bestehen Kooperationen mit anderen Anbietern?</b> (z.B. ambulante Diensten, Krankenhäuser, Heime)</p> <p style="padding-left: 100px;">ja <input type="checkbox"/>      nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, bitte angeben mit welchen: _____</p>  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| 12.   | <p><b>Personal</b> im Pflegebereich (Stichtag 30.06.2001)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: right; width: 20%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>- Altenpflege/Pflegefachkräfte</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Altenpflegehilfe/Pflegehilfe (1,5 J. Ausbildg.)</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Gerontopsychiatrische Fachkräfte</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Schwesternhelferin (4-Wochen-Kurs)</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Krankengymnast/in</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Hauswirtschaftskräfte</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Sozialarbeiter/in</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Psychologe/in</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Ergotherapeut/in</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Zivildienstleistende</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- Ehrenamtliche</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> <tr><td>- sonstige _____</td><td style="text-align: right;">_____</td></tr> </tbody> </table> |  | Anzahl | - Altenpflege/Pflegefachkräfte | _____ | - Altenpflegehilfe/Pflegehilfe (1,5 J. Ausbildg.) | _____ | - Gerontopsychiatrische Fachkräfte | _____ | - Schwesternhelferin (4-Wochen-Kurs) | _____ | - Krankengymnast/in | _____ | - Hauswirtschaftskräfte | _____ | - Sozialarbeiter/in | _____ | - Psychologe/in | _____ | - Ergotherapeut/in | _____ | - Zivildienstleistende | _____ | - Ehrenamtliche | _____ | - sonstige _____ | _____ |
|   | Anzahl   |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Altenpflege/Pflegefachkräfte                    | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Altenpflegehilfe/Pflegehilfe (1,5 J. Ausbildg.) | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Gerontopsychiatrische Fachkräfte                | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Schwesternhelferin (4-Wochen-Kurs)              | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Krankengymnast/in                               | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Hauswirtschaftskräfte                           | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Sozialarbeiter/in                               | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Psychologe/in                                   | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Ergotherapeut/in                                | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Zivildienstleistende                            | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - Ehrenamtliche                                   | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |
| - sonstige _____                                  | _____  |  |        |                                |       |   |       |                                    |       |                                      |       |                     |       |                         |       |                     |       |                 |       |                    |       |                        |       |                 |       |                  |       |

| 13.     | <b>Vom Personal im pflegerischem Bereich Anzahl der Personen mit:</b><br><p style="text-align: center;"><b>Anzahl</b></p> befristeten Arbeitsverträgen _____<br>unbefristeten Arbeitsverträgen _____<br>regelmäßig auf 630-DM-Basis _____<br>sonstige _____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---------|--|---------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 14.     | Gesprochene <b>Sprachen:</b> _____   |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 15.     | Besitzt Ihre Einrichtung migrantenspezifische Angebote (z.B. Gebetsraum, spezielles Essen o. ä)?<br>wenn ja, welche? _____   |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 16.     | Bitte <b>tagesstrukturierende Angebote</b> auflisten (eventuell Zusatzblatt benutzen)<br><table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 80%;">Angebot</th> <th style="text-align: left; width: 20%;">Häufigkeit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> | Angebot | Häufigkeit | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Angebot | Häufigkeit   |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____   | _____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____   | _____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____   | _____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____   | _____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____   | _____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____   | _____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____   | _____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| _____   | _____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 17.     | Liegt eine <b>Informationsbroschüre</b> vor?      ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/><br>wenn ja, bitte mitsenden  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 18.     | Besitzt die Einrichtung ein <b>Gütezeichen</b> ?      ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/><br>wenn ja, welches? _____<br>Jahr der Auszeichnung: _____   |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 19.     | Welches Angebot für ältere Menschen <b>fehlt Ihrer Meinung nach</b> in der Stadt Offenbach?<br>_____<br>_____<br>_____   |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| 20.     | Welche <b>Schwierigkeiten</b> in Bezug auf Seniorenarbeit sehen Sie in der <b>Stadt Offenbach</b> allgemein?<br>_____<br>_____<br>_____  |         |            |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |

Wir möchten Sie bitten, sofern möglich, uns Ihr schriftliches Pflegekonzept mitzusenden.

Datum: \_\_\_\_\_

Namen: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!