

## Selbsthilfe in Sachsen – Fragebogen zur Erfassung der Daten der regional tätigen Selbsthilfegruppen

---

### 1. Standardisierte Bezeichnung der Behinderungs- bzw. Erkrankungsart (bitte ankreuzen):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie und Asthma       | <input type="checkbox"/> Ileostomie-Colostomie-Urostomie             | <input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                 | <input type="checkbox"/> Kehlkopflose                                | <input type="checkbox"/> Neurodermitis              |
| <input type="checkbox"/> Autistische Menschen      | <input type="checkbox"/> Kleinwüchsige Menschen                      | <input type="checkbox"/> Osteogenesis imperfekta    |
| <input type="checkbox"/> Blinde und Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen                           | <input type="checkbox"/> Osteoporose                |
| <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose         | <input type="checkbox"/> Körperbehinderung/Mehrfachkörperbehinderung | <input type="checkbox"/> Parkinson                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Legasthenie                                 | <input type="checkbox"/> Polimyelitis               |
| <input type="checkbox"/> Dialysepatienten          | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung                             | <input type="checkbox"/> Pro Retina                 |
| <input type="checkbox"/> Endometriose              | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew                            | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> Gehörlose                 | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn/ colitis ulcerosa              | <input type="checkbox"/> Rheuma                     |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderungen    | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose                           | <input type="checkbox"/> Sarkoidose                 |
| <input type="checkbox"/> Hydrocephalus             |  | <input type="checkbox"/> Schwerhörige- und Ertaubte |
| <input type="checkbox"/> Hämophilie                |  | <input type="checkbox"/> Spina bifida               |
| <input type="checkbox"/> Hörschädigungen           |  | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen            |
| <input type="checkbox"/> andere .....              |  |   |

### 2. Spezifische Bezeichnung der Behinderung/ Erkrankung, zu der Selbsthilfe geleistet wird:

### 3. Exakte Bezeichnung (Eigename) der Gruppe/ des Vereins:

### 4. Regionaler Wirkungsbereich (Stadt, Landkreis, Region):

### 5. Kontakt über:

- Herr                       Frau

**Vorname:**                      **Nachname:**

**Strasse:**

**Postleitzahl:**                      **Ort:**

**Telefon:**                      **Fax:**                      **E-Mail:**

### 6. Homepage: <http://www.....> (bitte ankreuzen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eigene Homepage | <input type="checkbox"/> Homepage/ Portal des Bundes- bzw. Landesverbandes | <input type="checkbox"/> Homepage/ Portal einer medizinischen oder sozialen Trägereinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Andere .....    |  |   |

**7. Kurzbeschreibung der Behinderung/ Erkrankung:**

**8. Art der Vereinigung** (bitte ankreuzen):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Untergliederung einer bundesweit tätigen Selbsthilfevereinigung | <input type="checkbox"/> Untergliederung eines Sozial- oder Wohlfahrtsverbandes | <input type="checkbox"/> informelle SH-Gruppe ohne verbandliche Zugehörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Untergliederung einer landesweit tätigen Selbsthilfevereinigung | <input type="checkbox"/> Untergliederung eines medizinischen Fachverbandes      | <input type="checkbox"/> Sonstige Zuordnung .....                             |

**9. Kurzbeschreibung der Gruppen-/ Vereinsarbeit:**

(auf Mitglieder der Gruppe bezogen, über die Mitglieder hinaus in der Region, sozialpolitisches Engagement)

**10. Wo trifft sich die Gruppe (Ort, Straße, Einrichtung):**

**11. Wie oft trifft sich die Gruppe** (bitte ankreuzen):

- |                                      |  |                                       |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wöchentlich | <input type="checkbox"/> vierteljährlich | <input type="checkbox"/> andere ..... |
| <input type="checkbox"/> 14-tägig    | <input type="checkbox"/> unregelmäßig    |                                       |
| <input type="checkbox"/> monatlich   |  |                                       |

**12. Wann trifft sich die Gruppe (Wochentag, Uhrzeit):**

**13. Ist zur Mitwirkung/ Teilnahme eine offizielle Mitgliedschaft in der Gruppe/ im Verein erforderlich** (Zutreffendes bitte unterstreichen):

ja / nein

**14. Wer kann mitwirken bzw. die Mitgliedschaft erwerben** (bitte ankreuzen):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nur selbst Betroffene | <input type="checkbox"/> Angehörige/Freunde | <input type="checkbox"/> Förderermitglieder |
|--|---|---|

**15. Sind zur Mitwirkung/ Teilnahme regelmäßige Beiträge oder Gebühren zu entrichten** (Zutreffendes bitte unterstreichen):

ja / nein

**16. Sonstige Hinweise**

---

**Rücksendung bitte an:**

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Sachsen e.V.  
Beratungs- und Geschäftsstelle, Michelangelostr. 2/Erdg., 01217 Dresden  
Tel.0351/479 350-0, Fax 0351/479 350-17, E-Mail: [info@lag-selbsthilfe-sachsen.de](mailto:info@lag-selbsthilfe-sachsen.de)