



Befragung 60 plus



1. Persönliche Daten (Ihre Daten werden anonym ausgewertet)

Geburtsjahr: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand

ledig verheiratet verwitwet zusammen lebend mit fester/m Partner/in getrennt lebend

Haben Sie Kinder?

Nein Ja, leben im Haushalt Ja, wohnen in der Nähe Ja, wohnen weiter weg

Sind Sie berufstätig?

Nein, weil: Ruhestand arbeitslos sonstiges
 Ja, in Vollzeit Ja, in Teilzeit

In welcher Gemeinde/Stadt wohnen Sie? In welchem Ortsteil? _____

2. Wohnformen Wie wohnen Sie? Wie möchten Sie vielleicht einmal wohnen?

Ich wohne:

im Eigentum zur Miete Senioreneinrichtung betreutes Wohnen
 andere: _____

Können Sie sich vorstellen, später einmal eine andere Wohnform zu wählen?

Nein Ja, und zwar: im Eigentum zur Miete Senioreneinrichtung Betreutes Wohnen andere: _____

Ist Ihre Wohnung barrierefrei (um-)gebaut?

Nein Ja, barrierefrei Ja, teilweise (z.B. Treppenlift, ebenerdige Dusche)

Wer lebt mit im Haushalt?

Mit mir leben ___ Personen in meinem Haushalt (Anzahl bitte eintragen) Ich lebe alleine

3. Gesundheit Was fehlt Ihnen derzeit? Was wünschen Sie sich für die Zukunft? *

Sind Sie in Ihrer Mobilität eingeschränkt?

Nein Ja Ich verlasse das Haus nicht mehr

Wenn ja, welche Alltagsaktivitäten können Sie weniger oder gar nicht wahrnehmen? *

Einkauf Arztbesuch Besuche Friseurbesuch
 Kirchgang Friedhofsbesuch Freizeitaktivitäten andere: _____

Was hindert Sie daran, diese Aktivitäten wahrzunehmen? *

Meine Gesundheit Behinderung/Pflegebedürftigkeit kein PKW/kein Führerschein
 weiter Fußweg zu großer Zeitaufwand Angebote sind zu teuer keine öffentl. Verkehrsmittel

Was wünschen Sie sich, um diese Aktivitäten wieder besser wahrnehmen zu können? *

Begleitung Häusliche Hilfen/persönliche Unterstützung bessere öffentl. Verkehrsmittel
 Abhol-/Bringservice Mitfahrgelegenheiten Hilfsmittel (z.B. Rollator) andere _____

4. Alltagsbewältigung Was fällt Ihnen derzeit schwer? Was wünschen Sie sich, wenn Sie Ihre Angelegenheiten nicht mehr alleine erledigen können?

Fällt Ihnen die Bewältigung von alltäglichen Aufgaben schwer?

Nein Ja

Wenn ja, in welchen Bereichen fällt Ihnen die Bewältigung der Alltagsaufgaben schwer? *

Putzen Kochen Körperpflege Behördenangelegenheiten
 Einkauf/Apotheke Gartenarbeit Arztbesuche Freizeitgestaltung

Wer unterstützt Sie im Alltag? *

Familie Freunde/Nachbarn Betreuer/in Sozialer Dienst/Pflegedienst

Wo wünschen Sie sich weitere Unterstützung? *

Putzen Kochen Körperpflege Behördenangelegenheiten
 Einkauf/Apotheke Gartenarbeit Arztbesuche Freizeitgestaltung

Wenn es Ihnen zukünftig schwer fallen sollte, Ihren Alltag zu bewältigen: In welchen Bereichen wäre Ihnen Unterstützung besonders wichtig? *

- | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Putzen | <input type="radio"/> Kochen | <input type="radio"/> Körperpflege | <input type="radio"/> Behördenangelegenheiten |
| <input type="radio"/> Einkauf/Apotheke | <input type="radio"/> Gartenarbeit | <input type="radio"/> Arztbesuche | <input type="radio"/> Freizeitgestaltung |

5. Freizeit, Bildung, Kultur Was trifft für Sie am ehesten zu?

Wie oft haben Sie Kontakt zu Familien, Freunden oder anderen Personen (z.B. Nachbarn, ehem. Kollegen)?

- | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Familie: | <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> wöchentlich | <input type="radio"/> monatlich | <input type="radio"/> seltener |
| Freunde: | <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> wöchentlich | <input type="radio"/> monatlich | <input type="radio"/> seltener |
| Andere: | <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> wöchentlich | <input type="radio"/> monatlich | <input type="radio"/> seltener |

Wie gestalten sich diese Kontakte? *

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Gespräche | <input type="radio"/> gemeinsame Mahlzeiten/gemeinsames Kochen | <input type="radio"/> Skat/Schach/Gesellschaftsspiele |
| <input type="radio"/> Telefonate | <input type="radio"/> briefliche Kontakte | <input type="radio"/> Kontakte per E-Mail |
| <input type="radio"/> alltägl. Begegnungen | <input type="radio"/> spazieren gehen/Wandern | <input type="radio"/> Gaststätten/Restaurantbesuche |
| <input type="radio"/> Besuch von Kursen | <input type="radio"/> Besuch von Sportveranstaltungen (z.B. Fußballspiel) | <input type="radio"/> Kunst-/Kulturveranstaltungen |
| <input type="radio"/> Ausflüge/Reisen | <input type="radio"/> Kaffee trinken/Feste feiern | <input type="radio"/> Handarbeit/Handwerk |
| <input type="radio"/> sportliche Aktivitäten | <input type="radio"/> eigene kulturelle Aktivitäten | <input type="radio"/> ehrenamtliche Aktivitäten |

Hätten Sie gerne mehr oder andere soziale Kontakte?

- Nein Ja

Wenn ja, in welchen Bereichen? *

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Gespräche | <input type="radio"/> gemeinsame Mahlzeiten/gemeinsames Kochen | <input type="radio"/> Skat/Schach/Gesellschaftsspiele |
| <input type="radio"/> Telefonate | <input type="radio"/> briefliche Kontakte | <input type="radio"/> Kontakte per E-Mail |
| <input type="radio"/> alltägl. Begegnungen | <input type="radio"/> spazieren gehen/Wandern | <input type="radio"/> Gaststätten/Restaurantbesuche |
| <input type="radio"/> Besuch von Kursen | <input type="radio"/> Besuch von Sportveranstaltungen (z.B. Fußballspiel) | <input type="radio"/> Kunst-/Kulturveranstaltungen |
| <input type="radio"/> Ausflüge/Reisen | <input type="radio"/> Kaffee trinken/Feste feiern | <input type="radio"/> Handarbeit/Handwerk |
| <input type="radio"/> sportliche Aktivitäten | <input type="radio"/> eigene kulturelle Aktivitäten | <input type="radio"/> ehrenamtliche Aktivitäten |

6. Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement Es geht um freiwillig übernommene Tätigkeiten, die man unbezahlt oder gegen geringe Aufwandsentschädigung ausübt (z.B. im Verein).

Sind Sie aktiv und engagieren sich bereits ehrenamtlich?

- Nein Ja **Ich möchte mich zukünftig engagieren.**
(Sie können dies auf dem Gewinncoupon ankreuzen oder nehmen Sie Kontakt mit Ihrem Ansprechpartner in Ihrer Stadt- o. Gemeindeverwaltung auf.)

Würden Sie selber die Unterstützung durch eine(n) ehrenamtliche Tätige(n) in Anspruch nehmen?

- Nein Ja/ Welche? _____

7. Fragen für (pflegende) Angehörige und/oder Nachbarn

Gibt es in Ihrem Haushalt/in Ihrer Nachbarschaft jemanden, den Sie dauernd oder zeitweise unterstützen und/oder pflegen?

- Nein Ja/Was tun Sie? _____

Welche unterstützenden Angebote wünschen Sie sich?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Angebote von Selbsthilfegruppen | <input type="radio"/> Hilfe ohne große Hürden/z.B. durch eine Servicestelle |
| <input type="radio"/> Angebote zur Tagesbetreuung zu Hause | <input type="radio"/> Angebote zur nächtlichen Betreuung zu Hause |
| <input type="radio"/> stundenweise Entlastung im Haushalt | <input type="radio"/> andere, z.B. _____ |

8. Wir sind dankbar für Ihre Anregungen

Was gefällt Ihnen besonders gut in Ihrem Ort/Kreis?

Was gefällt Ihnen überhaupt nicht in Ihrem Ort/Kreis? Was fehlt?

Wo wünschen Sie sich weitere Beratung?

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung bei dieser Befragung!

Wenn Sie die beiliegende Antwortkarte ausfüllen und mit dem Fragebogen einreichen, nehmen Sie an der Verlosung teil!
Den Fragebogen finden Sie auch auf der Homepage Ihrer Stadt/Gemeinde. Er kann dort online ausgefüllt werden.

*** Mehrfachnennungen sind möglich**