

Stellen Sie Ihre Gruppe auf
www.selbsthilfenetzwerk-sachsen.de vor!

Allgemeine Angaben

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie/ Asthma | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Aphasie/Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Hydrocephalus | <input type="checkbox"/> Nierenkranke/ Dialysepatienten |
| <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> Darmkrebs/ Ileostomie-
Colostomie-Urostomie | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Blindheit/ Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Borreliose/ FSME | <input type="checkbox"/> Kehlkopflose/ Kehlkopfooperierte | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen/
Verhaltensstörungen |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen/
sonstige Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Kleinwüchsigkeit | <input type="checkbox"/> Rheuma/ Osteoporose/ Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> Körperbehinderungen/ Mehr-
fachkörperbehinderungen | <input type="checkbox"/> Sarkoidose |
| <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen/ Schlafapnoe |
| <input type="checkbox"/> Demenz/ Alzheimer | <input type="checkbox"/> Lernbehinderungen | <input type="checkbox"/> Seltene chronische Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lippen-, Kiefer- und
Gaumenspalten | <input type="checkbox"/> Seelische Beeinträchtigungen |
| <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen des
Blutes/Immunsystems |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildungen/ Deformationen/
Chromosomenanomalien | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn/Colitis
ulcerosa | <input type="checkbox"/> Soziale Selbsthilfegruppen |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Spina bifida |
| <input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit/ Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Muskel-, Gelenk- und
Bindegewebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderungen | | <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hämophilie | | <input type="checkbox"/> Taubblindheit |
| <input type="checkbox"/> Herz-/ Kreislauferkrankungen | | <input type="checkbox"/> Transplantationen |

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

.....
.....
.....

3. Bezeichnung/ Name Ihrer Gruppe/ Ihres Vereins:

.....
.....

4. Wirkungsbereich (Region):

(bitte ankreuzen, Mehrfachantworten möglich!)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stadt Dresden | <input type="checkbox"/> Stadt Leipzig | <input type="checkbox"/> Stadt Chemnitz |
| <input type="checkbox"/> Erzgebirgskreis | <input type="checkbox"/> Landkreis Leipzig | <input type="checkbox"/> Landkreis Nordsachsen |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Meißen | <input type="checkbox"/> Landkreis Bautzen | <input type="checkbox"/> Landkreis Görlitz |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Zwickau | <input type="checkbox"/> Vogtlandkreis | <input type="checkbox"/> Landkreis Mittelsachsen |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge | | |
| <input type="checkbox"/> grenzüberschreitend | | |

5. Kurzbeschreibung der Behinderung/Erkrankung:

.....
.....

Kontaktdaten ((wird veröffentlicht!))

6. Kontakt über

erfolgt über folgende(n) Institution/ Verein/ Selbsthilfe-Kontaktstelle

.....
.....

(weiter mit Kontaktdaten)

oder:

erfolgt über folgende Privatperson

Herr

Frau

Vorname:

Nachname:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Fon 1:

Fon 2:

Fax:

E-Mail 1:

E-Mail 2:

Ihre Homepage-Adresse:

Link zum Sozialen Netzwerk, z. B. facebook

Organisatorische Angaben

7. Art der Vereinigung

(bitte ankreuzen!)

- informelle SH-Gruppe ohne verbandliche Zugehörigkeit
- Untergliederung einer bundesweit tätigen Selbsthilfevereinigung
- Untergliederung einer landesweit tätigen Selbsthilfevereinigung
- Untergliederung eines medizinischen Fachverbandes
- Untergliederung eines Sozial- oder Wohlfahrtsverbandes

8. Kurzbeschreibung der Gruppen- bzw. Vereinstätigkeit, auf Mitglieder der Gruppe bezogen, über die Mitglieder hinaus in der Region, sozialpolitisches Engagement:

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

10. Wie oft trifft sich die Gruppe

(bitte ankreuzen):

- wöchentlich monatlich unregelmäßig
 14-tägig vierteljährlich andere

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

.....

12. Ist zur Mitwirkung die Mitgliedschaft in der Gruppe/ im Verein erforderlich?

(Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ja
 nein

13. Wer kann mitwirken?

(bitte ankreuzen)

- Selbst-Betroffene Angehörige/Freunde Fördermitglieder

14. Sind zur Mitwirkung/ Teilnahme regelmäßige Beiträge oder Gebühren zu entrichten?

(Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ja in der Höhe vonEuro zum Beispiel für
 nein

15. Sonstige Hinweise

.....

Erklärung zur Wartung der Daten

16. Für die Wartung der oben genannten Daten ist verantwortlich:

- Herr Frau


Vorname: Nachname:


Straße:

Postleitzahl: Ort:

Fon: Fax:

E-Mail:

 Das Team vom Selbsthilfenetzwerk Sachsen erfasst über diesen Bogen Ihre Daten über Ihre SH-Gruppe/ Ihren Verein erstmalig. Sie erhalten von uns eine Registrierungsbestätigung per E-Mail.

 Danach erhalten Sie von uns alle sechs Monate eine Erinnerung mit der Bitte, die Daten zu Ihrer Gruppe/ Ihrem Verein auf Aktualität zu überprüfen bzw. die vorhandene Aktualität zu bestätigen.

17. Zusendung unseres Newsletters

mit aktuellen Selbsthilfe-Informationen für Menschen mit Behinderung, ihre Angehörigen, Freunde und Partner - erscheint wöchentlich bis 14-tägig.

- ja
 nein

Wenn ja, senden Sie den Newsletter bitte an folgende E-Mail Adresse/n:

.....

(bitte per Kreuz bestätigen)

- Die Datenschutzerklärung der Betreiber der Internetseite www.selbsthilfenetzwerk-sachsen.de habe ich gelesen, abrufbar über www.selbsthilfenetzwerk-sachsen.de, Startseite/Datenschutzerklärung.

Ort und Datum

Unterschrift und ggf. Stempel

.....

Vielen Dank!

PS: Kennen Sie schon unsere Projekt-Datenbank? Klicken Sie sich auf www.selbsthilfenetzwerk-sachsen.de

Hier ist noch Platz für Ihre Meinung, Lob oder Kritik:

.....

.....

Rücksendung bitte an:

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Sachsen e. V.
Selbsthilfenetzwerk Sachsen
Michelangelostr. 2
01217 Dresden

Fon: 0351 479 350-0

Fax: 0351 479 350-17

✉ jeglinsky@selbsthilfenetzwerk-sachsen.de