

6.	<p>Welche „modernen“ technischen Geräte und Kommunikationswege nutzen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p> <input type="checkbox"/> Smartphone <input type="checkbox"/> „Klassisches“ Telefon <input type="checkbox"/> Laptop <input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Whatsapp (Text-, Bild-, und Sprachnachrichten) <input type="checkbox"/> Videotelefonie (Skype, Whatsapp-VideoAnruf, Zoom, Webex,...) <input type="checkbox"/> Sonstiges: </p>																																																																		
7.	<p>Welche Medien nutzen Sie regelmäßig, um Informationen zu bekommen? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p> <input type="checkbox"/> Tageszeitung <input type="checkbox"/> Wochenzeitung <input type="checkbox"/> Mitteilungsblatt <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... </p>																																																																		
8.	<p>Wohnsituation</p> <p>8.1. In welchem Teilort wohnen Sie? <input type="checkbox"/> Aitrach <input type="checkbox"/> Mooshausen <input type="checkbox"/> Treherz</p> <p>8.2 Wie bewerten Sie (mit Schulnotensystem von sehr gut „1“ bis ungenügend „6“) Ihre eigene Wohnsituation im Hinblick auf das Alter? <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> mangelhaft <input type="checkbox"/> ungenügend <input type="checkbox"/> keine Angabe</p> <p>8.3. Wie beschwerlich sind folgende Wohnsituationen für Sie?</p> <table border="1" data-bbox="293 1317 1477 1877"> <thead> <tr> <th></th> <th>nicht beschwerlich</th> <th>beschwerlich</th> <th>Sehr beschwerlich</th> <th>Nicht vorhanden</th> <th>Keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Treppen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ein- und Ausstieg in die Badewanne</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ein- und Ausstieg in die Dusche</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Toilettenhöhe</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schwellen und Barrieren (Stolperfallen...)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beleuchtung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige erschwerte Einrichtungen/ mögliche Unfallquellen, welche:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(3)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		nicht beschwerlich	beschwerlich	Sehr beschwerlich	Nicht vorhanden	Keine Angabe	Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein- und Ausstieg in die Badewanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein- und Ausstieg in die Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettenhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwellen und Barrieren (Stolperfallen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige erschwerte Einrichtungen/ mögliche Unfallquellen, welche:						(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht beschwerlich	beschwerlich	Sehr beschwerlich	Nicht vorhanden	Keine Angabe																																																														
Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Ein- und Ausstieg in die Badewanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Ein- und Ausstieg in die Dusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Toilettenhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Schwellen und Barrieren (Stolperfallen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Sonstige erschwerte Einrichtungen/ mögliche Unfallquellen, welche:																																																																			
(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
(3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																														

8.4. Benutzen Sie Hilfsmittel in der Wohnung/im Haus (z.B. Rollator, Treppenlift, Gehstock, Schwellenausgleicher...)?

 Keine Angabe

8.5 Wie wichtig ist es für Sie, auch im Alter in Aitrach wohnen bleiben zu können?
 Sehr wichtig Wichtig Eher unwichtig Unwichtig
 Keine Angabe

8.6 Haben Sie Interesse, Ihre jetzige Wohnform zu verändern? (Mehrfachnennungen möglich)
 Nein, ich möchte so lange wie möglich in der jetzigen Wohnung/Haus bleiben
 Ja, ich möchte mir eine barrierefreie Wohnmöglichkeit auf dem freien Markt suchen
 Ja, ich möchte in eine barrierefreie Wohnung in einer Seniorenwohnanlage umziehen ohne weitere pauschal angebotenen Leistungen
 Ja, ich möchte in ein Betreutes Wohnen mit Serviceleistungen umziehen und wäre bereit, für die Leistungen eine monatliche Pauschale zu bezahlen
 Ja, ich möchte in einem gemeinschaftlichen Wohnprojekt leben, in dem jeder seine Wohnung hat und man gemeinsam Freizeit gestaltet und sich unterstützt
 Ja, ich möchte in einer Wohngemeinschaft leben, in der jeder sein eigenes Zimmer hat und gemeinschaftliche Räume wie Küche, Ess- und Wohnzimmer geteilt werden.
 Ja, Sonstiges.....(z.B. bei Angehörigen, Pflegeheim...)
 Ich bin grundsätzlich an Wohnalternativen interessiert, weiß aber noch zu wenig darüber, um diese Einschätzung vorzunehmen
 Keine Angabe

8.7 Kennen Sie die Wohnberatung?
 Nein Ja Keine Angabe

9. Mobilität

9.1 Wie bewerten Sie (analog Schulnotensystem) die Mobilitätsangebote in Ihrer Gemeinde/Teilort (ÖPNV, Fahrdienste)?
 sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend
 Keine Angabe

9.2 Wie oft verlassen Sie Ihre Wohnung für die genannten Aktivitäten?

	täglich	mind. 1-2 Mal pro Woche	seltener als 1 Mal pro Woche	(fast) nie	keine Angabe
Einkaufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spaziergang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unternehmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familienbesuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>9.3</p> <p>9.4</p>	<p>Benutzen Sie außerhalb Ihrer Wohnung Hilfsmittel (z.B. Rollator, Gehhilfe, Rollstuhl)? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar: <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Fahren Sie noch selbständig... (Mehrfachnennungen möglich) <input type="radio"/> Fahrrad <input type="radio"/> PKW <input type="radio"/> Bus/Bahn <input type="radio"/> Gemeindeeigener Schulbus <input type="radio"/> Taxi <input type="radio"/> Sonstiges:..... <input type="radio"/> Außer Haus nicht mehr selbständig mobil <input type="radio"/> Keine Angabe</p>
<p>10.1</p> <p>10.2</p> <p>10.3</p> <p>10.4</p>	<p>Versorgung im Bereich Mahlzeiten:</p> <p>Ich nutze einen Lieferservice für Getränke <input type="radio"/> Ja, regelmäßig <input type="radio"/> Ja, gelegentlich <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Vielleicht, sobald sich mein Unterstützungsbedarf erhöht <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Ich nutze einen Lieferservice für Lebensmittel-Einkäufe <input type="radio"/> Ja, regelmäßig <input type="radio"/> Ja, gelegentlich <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Vielleicht, sobald sich mein Unterstützungsbedarf erhöht <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Ich würde das Angebot von heiß geliefertem Essen auf Rädern nutzen: <input type="radio"/> Ja, regelmäßig <input type="radio"/> Ja, gelegentlich <input type="radio"/> Nein, kein Interesse <input type="radio"/> Nein, weil ich es mir finanziell nicht leisten kann <input type="radio"/> Im Moment nicht, aber evtl. sobald sich mein Unterstützungsbedarf erhöht <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Ich würde einen offenen Mittagstisch verbunden mit der Möglichkeit, andere zu treffen, begrüßen und auch nutzen (Mehrfachnennungen möglich) <input type="radio"/> 1 x wöchentlich <input type="radio"/> 2-3 x wöchentlich <input type="radio"/> öfter als 3 x wöchentlich <input type="radio"/> Kein Bedarf für mich selbst <input type="radio"/> Begrüße grundsätzlich so ein Angebot, auch wenn ich es (noch) nicht nutze <input type="radio"/> Sonstiges:..... <input type="radio"/> Keine Angabe</p>
<p>11.1</p>	<p>Gesundheitliche Versorgung:</p> <p>Wie schätzen Sie (analog Schulnotensystem) Ihre gesundheitliche Situation ein? <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> sehr schlecht <input type="radio"/> Keine Angabe</p>

<p>11.2</p> <p>11.3</p> <p>11.4</p> <p>11.5</p> <p>11.6</p> <p>11.7</p> <p>11.8</p> <p>11.9</p>	<p>Wie bewerten Sie (analog Schulnotensystem) die hausärztliche Versorgung in Ihrer Gemeinde? <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ungenügend <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Wie bewerten Sie (analog Schulnotensystem) die pflegerische Versorgung (ambulante Pflegedienste, Kurzzeitpflege, Dauerpflege) in Ihrer Gemeinde <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ungenügend <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Wo befindet sich Ihre Hausarztpraxis? <input type="radio"/> In Aitrach <input type="radio"/> In einer umliegenden Kommune, und zwar in..... <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Wie kommen Sie zu Ihrem Hausarzt (zu Fuß, Fahrrad, Bus, Taxi, fahre selber mit PKW, werde privat gefahren...)? <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Wie kommen Sie zu Ihren Fachärzten? <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Wie kommen Sie an Ihre Medikamente? <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Was fehlt in der medizinischen/therapeutischen Versorgung Ihrer Ansicht nach vor Ort? </p> <p>Kennen Sie den Hausnotruf? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Keine Angabe</p>
<p>12</p> <p>12.1</p>	<p>Pflegerische Versorgung:</p> <p>Haben Sie Schwierigkeiten bei Ihrer Körperpflege? <input type="radio"/> Ja, regelmäßig, ich werde unterstützt von..... <input type="radio"/> Ja, gelegentlich, ich werde unterstützt von..... <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Keine Angabe</p>

12.2	<p>Sind Sie in der Pflegeversicherung in einen Pflegegrad eingestuft?</p> <p><input type="radio"/> Nein, ich habe keinen Pflegegrad</p> <p><input type="radio"/> Ja, Pflegegrad: <input type="radio"/> (1) <input type="radio"/> (2) <input type="radio"/> (3) <input type="radio"/> (4) <input type="radio"/> (5)</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p>
12.3	<p>Wer unterstützt Sie/hilft Ihnen, wenn Sie <u>akut</u> krank sind? (z.B. (Ehe)-Partner, Kind, Enkel, Nachbarn, Freunde, Pflegedienst, Ehrenamtliche...)</p> <p><input type="radio"/> Mich unterstützt:</p> <p><input type="radio"/> Niemand</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p>
12.4	<p>Wer unterstützt Sie/hilft Ihnen, wenn Sie längere Zeit (mehr als 4 Wochen) krank sind bzw. wenn Sie pflegebedürftig wären/sind? (z.B. (Ehe)-Partner, Kind, Enkel, Nachbarn, Freunde, Pflegedienst, Ehrenamtliche...)</p> <p><input type="radio"/> Mich unterstützt:</p> <p><input type="radio"/> Niemand</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p>
12.5	<p>Wann glauben Sie würde es jemandem auffallen, wenn Sie Zuhause einen Unfall / Schlaganfall / Herzinfarkt o.ä. hätten und nicht mehr telefonieren könnten?</p> <p><input type="radio"/> Sofort</p> <p><input type="radio"/> In weniger als 2 Stunden</p> <p><input type="radio"/> Im Zeitraum von 2 - 6 Stunden</p> <p><input type="radio"/> Im Zeitraum von 6 - 12 Stunden</p> <p><input type="radio"/> Im Zeitraum von 12 - 24 Stunden</p> <p><input type="radio"/> Nach mehr als 24 Stunden</p> <p><input type="radio"/> Bin mir nicht sicher, wie lange es dauern würde</p> <p><input type="radio"/> Ich habe meist einen Notrufknopf am Körper</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p>
12.6	<p>Wissen Sie, an wen Sie sich bei pflegerischem Unterstützungsbedarf wenden können?</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar an..... <input type="radio"/> Keine Angabe</p>
12.7	<p>Kennen Sie die Pflegestützpunkte als Beratungsstellen im Landkreis?</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Keine Angabe</p>
13	<p>Vertrauensperson/Vorsorge</p>
13.1	<p>Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen können, dem Sie sich anvertrauen können?</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Keine Angabe</p>
13.2	<p>Benötigen Sie Unterstützung beim Ausfüllen formaler Angelegenheiten?</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p>

<p>13.3</p>	<p>Falls Sie die vorherige Frage mit „ja“ beantwortet haben, haben Sie eine Vertrauensperson, die Ihnen bei formalen Angelegenheiten hilft?</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p>
<p>13.4</p>	<p>Haben Sie für den Fall einer Erkrankung Vorsorge durch bestimmte Verfügungen getroffen?</p> <p><input type="radio"/> Ich habe eine Patientenverfügung</p> <p><input type="radio"/> Ich habe eine Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht</p> <p><input type="radio"/> Ich habe keine der beiden Möglichkeiten ausgestellt</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges:.....</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p>
<p>14</p>	<p>Soziales Leben</p> <p>14.1 Ich lebe in Aitrach</p> <p><input type="radio"/> seit Geburt</p> <p><input type="radio"/> nicht von Geburt an, aber seit mindestens 20 Jahren</p> <p><input type="radio"/> seit 10 bis 20 Jahren</p> <p><input type="radio"/> seit weniger als 10 Jahren</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>14.3 Zu wem haben Sie regelmäßigen sozialen Kontakt? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="radio"/> Eltern</p> <p><input type="radio"/> Ehepartner/in; Lebenspartner/in</p> <p><input type="radio"/> Kind(er)</p> <p><input type="radio"/> Enkel</p> <p><input type="radio"/> Geschwister</p> <p><input type="radio"/> Nachbarn</p> <p><input type="radio"/> Freunde</p> <p><input type="radio"/> Sonstige Person, nämlich</p> <p><input type="radio"/> Zu niemandem</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>14.4 Sind Sie Mitglied in Vereinen/Gruppen (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="radio"/> Aktives Mitglied, und zwar bei.....</p> <p><input type="radio"/> Passives Mitglied, und zwar bei</p> <p><input type="radio"/> Kein Mitglied</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>14.5 Wie bewerten Sie (analog Schulnotensystem) die kirchenbegleiteten Angebote (Vorträge, gemeinsames Singen, gemeinsames Beten...) in der Gemeinde?</p> <p><input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ungenügend</p> <p><input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>14.6 Was fehlt Ihrer Meinung nach für Senioren im Bereich kirchenbegleitender Angebote?</p> <p>.....</p>

<p>15.</p> <p>15.1</p> <p>15.2</p> <p>15.3</p>	<p>Barrierefreiheit</p> <p>Wie bewerten Sie (analog Schulnotensystem) die Barrierefreiheit <u>öffentlicher Gebäude</u> in der Gemeinde/Teilort? <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ungenügend <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Wie bewerten Sie (analog Schulnotensystem) die Barrierefreiheit auf <u>öffentlichen Plätzen und im öffentlichen Raum allgemein</u> in der Gemeinde/Teilort? <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ungenügend <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Was fehlt Ihrer Meinung nach für Menschen mit Einschränkungen in Ihrer Gemeinde/Ortsteil? (1) (2) (3)</p>
<p>16.</p> <p>16.1</p> <p>16.2</p> <p>16.3</p> <p>16.4</p> <p>16.5</p>	<p>Freizeit-, Sport-, Kultur- und Bildungsangebote in der Gemeinde:</p> <p>Wie bewerten Sie Ihre Gemeinde/Teilort, wenn Sie an Freizeitangebote für ältere Menschen im Allgemeinen denken? <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ungenügend <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Wie bewerten Sie Ihre Gemeinde/Teilort, wenn Sie speziell an Sportangebote denken? (Vereine, sonstige Möglichkeiten für Sport) <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ungenügend <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Wie bewerten Sie Ihre Gemeinde/Teilort, wenn Sie speziell an Kulturangebote denken? <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ungenügend <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Wie bewerten Sie Ihre Gemeinde/Teilort, wenn Sie speziell an Bildungsangebote denken? (Vorträge, Kurse, Angebote zur Gesundheitsförderung, Erwachsenenbildung der kirchlichen Bildungsträger...) <input type="radio"/> sehr gut <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ungenügend <input type="radio"/> Keine Angabe</p> <p>Was fehlt Ihrer Meinung nach für ältere Menschen in Ihrer Gemeinde im Bereich Freizeit, Sport, Kultur, Bildung? </p>

<p>16.6</p> <p>16.7</p>	<p>Zu welchen Tageszeiten würden Sie die Angebote nutzen? (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> Uhrzeit zweitrangig <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>Würden Sie einen Fahrdienst für die Angebote benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>
<p>17</p> <p>17.1</p> <p>17.2</p> <p>17.3</p> <p>17.4</p> <p>17.5</p> <p>17.6</p>	<p>Informations- und Beratungsangebote für Senioren</p> <p>Wie bewerten Sie Ihre Gemeinde/Teilort, wenn Sie an Informationsangebote für ältere Menschen denken? <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> mangelhaft <input type="checkbox"/> ungenügend <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>Wie bewerten Sie Ihre Gemeinde/Teilort, wenn Sie an Beratungsangebote für ältere Menschen denken? <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> mangelhaft <input type="checkbox"/> ungenügend <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>Welche Beratung haben Sie bisher genutzt? </p> <p>Was fehlt Ihrer Meinung nach für ältere Menschen in Ihrer Gemeinde im Bereich Information und Beratung? </p> <p>Zu welchen Tageszeiten würden Sie die Angebote nutzen? (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> nachmittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> Uhrzeit zweitrangig <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p> <p>Würden Sie einen Fahrdienst für die Angebote benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe</p>
<p>18</p> <p>18.1</p>	<p>Kostengünstige Teilhabe - Möglichkeiten</p> <p>Fehlen günstige Angebote vor Ort, um sich gemeinsam zu treffen (z. B. bei einem Gemeinschaftstreff, offener Mittagstisch, etc...)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, es fehlt Folgendes:</p>

18.2	Was ist für Sie Nachbarschaft? Was verbinden Sie mit Nachbarschaft?
18.3	Hätten Sie gerne mehr Kontakt zu anderen Menschen in Ihrer Nachbarschaft/im Umfeld? <input type="radio"/> sehr gerne <input type="radio"/> gerne <input type="radio"/> nicht so gerne <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Keine Angabe
18.4	Wenn die Rahmenbedingungen passen, könnten Sie sich vorstellen, sich mehr in der Nachbarschaft/im Umfeld zu engagieren? <input type="radio"/> sehr gerne <input type="radio"/> gerne <input type="radio"/> nicht so gerne <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Keine Angabe
18.5	Falls Sie die vorhergehende Frage mit „ja“ beantwortet haben, interessieren wir uns für die Rahmenbedingungen, die Sie sich für Ihr Engagement wünschen (z.B. nur im Team, nur vormittags, nur für einen begrenzten Zeitraum, nur für ein bestimmtes Projekt...)
18.6	Viele Personen bereichern unseren Ort durch ihr ehrenamtliches Engagement: <input type="radio"/> Ich engagiere mich auch ehrenamtlich in/für..... <input type="radio"/> Ich wäre bereit, mich ehrenamtlich zu engagieren und habe folgende Ideen/Fähigkeiten <input type="radio"/> Für ein ehrenamtliches Engagement fehlt mir leider die Zeit, Gesundheit, Kompetenz...
18.7	Würden Sie es begrüßen, wenn es über die <u>Solidarische Gemeinde</u> neue Nachbarschaftsformen wie z. B. Nachbarschaftstreffs, Straßenfeste oder die Organisation einer Internetplattform (mit Hilfestellung für Sie zur Nutzung), z. B. www.nebenan.de geben würde? <input type="radio"/> ja sehr <input type="radio"/> eher ja <input type="radio"/> eher nein <input type="radio"/> nein
18.8	Welche Aufgaben sollte Ihrer Meinung nach die Koordinierungsstelle mit Michaela Lendrates und Rosmarie Sturm bei der Gemeinde Aitrach innerhalb der Solidarischen Gemeinde wahrnehmen? (1) (2) (3)

18.9	<p>Wir freuen uns über Ihre Anregungen, Ideen und Rückmeldungen, was wir ggf. noch an- gehen und umsetzen sollten</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
19	<p>Gibt es sonst noch Punkte, die Ihnen wichtig sind?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><i>Über die Ergebnisse der Befragung werden wir nach der Auswertung informieren, bitte be- achten Sie die Artikel im Mitteilungsblatt dazu. Die Themen, die für unsere Gemeinde für die Zukunft wichtig sind, werden wir in verschiedenen (Prozess)Schritten (unter anderem in Bürgertischen) umsetzen. Wir freuen uns auf Ihr weiteres Interesse und Ihre Beteiligung.</i></p> <p>Herzlichen Dank für die Zeit, die Sie sich genommen haben! Bei Fragen können Sie uns gerne kontaktieren:</p> <p>Rosmarie Sturm, Gemeinde Aitrach, Tel 07565/9800-17, Rosmarie.Sturm@aitrach.de</p> <p>Michaela Lendrates, Caritas Bodensee-Oberschwaben, Tel 0176/136 256 59 lendrates.m@caritas-bodensee-oberschwaben.de</p>	