

Pflegebedarfsplanung für den Kreis Lippe

Fragebogen für ambulante Pflegedienste

Hinweise zur Bearbeitung und Rückgabe

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, an unserer Befragung teilzunehmen!

Die Befragung wird vom Institut für Gerontologie an der TU Dortmund im Rahmen des Projekts „**Pflegebedarfsplanung für den Kreis Lippe**“ durchgeführt. Die Daten werden für die Erstellung der Pflegebedarfsplanung für den Kreis Lippe benötigt und für weitere wissenschaftliche Zwecke anonymisiert verwendet.

Um Ihren Zeitaufwand für die Beantwortung gering zu halten, beschränkt sich der Fragebogen auf die unbedingt notwendigen Daten. Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Angaben auf den **Stichtag 31. Januar 2016**.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum **19. Februar 2016** an **Frau Giesecking per E-Mail oder Post** zurück.

Falls Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Anja Giesecking und Dr. Waldemar Schmidt

Fragebogen

1. Bitte geben Sie den Namen Ihres ambulanten Pflegedienstes an:

2. Bitte geben Sie an, in welcher Stadt oder Gemeinde sich der Sitz Ihres Dienstes befindet:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bad Salzuflen | <input type="checkbox"/> Oerlinghausen |
| <input type="checkbox"/> Barntrup | <input type="checkbox"/> Schieder-Schwalenberg |
| <input type="checkbox"/> Blomberg | <input type="checkbox"/> Augustdorf |
| <input type="checkbox"/> Detmold | <input type="checkbox"/> Dörentrup |
| <input type="checkbox"/> Horn-Bad Meinberg | <input type="checkbox"/> Extertal |
| <input type="checkbox"/> Lage | <input type="checkbox"/> Kalletal |
| <input type="checkbox"/> Lemgo | <input type="checkbox"/> Leopoldshöhe |
| <input type="checkbox"/> Lügde | <input type="checkbox"/> Schlangen |

3. Bitte geben Sie an, ob Ihr Dienst in selbstverantworteten oder anbieterverantworteten Wohngemeinschaften (laut Definition des Wohn- und Teilhabegesetzes NRW) tätig ist und wenn ja, in wie vielen Wohngemeinschaften. Wenn Sie in einer oder mehreren anbieterverantworteten Wohngemeinschaft(en) tätig sind, teilen Sie uns bitte auch mit, wer der verantwortliche Leistungsanbieter ist.

- nein
- ja, in _____ (Anzahl) selbstverantworteten Wohngemeinschaften
- ja, in _____ (Anzahl) anbieterverantworteten Wohngemeinschaften, die verantwortlichen Leistungsanbieter sind:

4. Hier haben Sie die Möglichkeit auf weitere Besonderheiten Ihres Dienstes (z.B. Demenzkonzept, Intensivpflege, etc.) hinzuweisen:

5. Sollten Sie noch Anmerkungen oder Ergänzungen haben, können Sie diese hier eintragen:

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!