

Liebe Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde Blankenfelde-Mahlow,

wie Sie über das Gemeindejournal bereits informiert wurden, ist es der Gemeinde Blankenfelde-Mahlow ein wichtiges Anliegen, die Pflege und Versorgung der zu pflegenden Personen in der eigenen Häuslichkeit zu unterstützen und zu stabilisieren. Dazu gehört auch ein altersgerechtes, würdevolles und gut versorgtes Leben im eigenen Wohnumfeld. Das Diakonische Werk TF e.V. unterstützt die Gemeinde bei diesem wichtigen Vorhaben.

**Um dieses Ziel zu erreichen, sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen!**

Mit dem folgenden Fragebogen möchten wir herausbekommen, wie Sie als zu pflegende Person, als pflegende/r Angehörige/r oder als Akteur/in in der Gemeinde die aktuellen Gegebenheiten in dieser Thematik in der Gemeinde Blankenfelde-Mahlow einschätzen. D.h. hiermit startet die angekündigte Bedarfsanalyse. Die Befragung erfolgt selbstverständlich anonym und endet zum 31.05.2023.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail an [paktfuerpflege@dw-tf.de](mailto:paktfuerpflege@dw-tf.de) oder per Post an Gemeindeverwaltung Blankenfelde-Mahlow-Bürgerservice, Karl-Marx-Str. 4 in 15827 Blankenfelde-Mahlow.

### **Fragebogen B zur Befragung von pflegebedürftigen Menschen**

#### **1. Sie wohnen in der Gemeinde Blankenfelde-Mahlow.**

**Beabsichtigen Sie Ihren Lebensabend hier zu verbringen?**

- Ich möchte hier wohnen bleiben.
- Ich plane in naher Zukunft in eine andere Stadt / Region umzuziehen.
- Ich weiß es noch nicht.
- Ich interessiere mich für eine barrierearme Wohnung mit unterstützendem Service-Angebot.

#### **2. In welchem Ortsteil der Gemeinde wohnen Sie konkret?**

\_\_\_\_\_

#### **3. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation? (Mehrfachnennung möglich) Ich wohne (zusammen) mit:**

Ich wohne in einer Seniorenwohnanlage

- es gibt dort einen Service, den ich in Anspruch nehme / nicht in Anspruch nehme für:

\_\_\_\_\_

Ich wohne (zusammen) mit:

- meinem Ehemann / meinem Partner
- meine Ehefrau / meiner Partnerin
- Freunden
- sonstigen Personen, und zwar: \_\_\_\_\_
- Ich wohne allein.

#### **4. Welche Möglichkeiten nutzen Sie, um mobil zu sein?**

Ich bin mobil

- Ich habe ein Auto und fahre selbst.
- Mein Partner / Freunde / Verwandte haben ein Auto, ich fahre mit Ihnen.
- Ich nutze eine offizielle Mitfahrgelegenheit (z.B. "Mitfahrertafel").
- Ich nutze öffentliche Verkehrsmittel: \_\_\_\_\_
- Ich habe ein Elektromobil (z.B. Scooter).
- Um mobil zu sein, nutze ich: \_\_\_\_\_
- Ich habe keine Möglichkeit mobil zu sein.

Meine Mobilität ist eingeschränkt

- beim Laufen von Kurzstrecken
- Laufen von längeren Wegstrecken
- Treppensteigen
- sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

**5. Sind Sie auf eine regelmäßige Behandlung angewiesen?**

- nein / nein, noch nicht
- ja, in einer Arztpraxis / in einer Klinik

**6. Rund um den Pflegegrad**

- |   |  |
|---|--|
| habe bisher keinen Pflegegrad (beantragt)           | der Antrag ist gestellt / in Bearbeitung |
| <input type="checkbox"/> benötigt dafür Hilfe       | <input type="checkbox"/> ja              |
| <input type="checkbox"/> benötigt dafür keine Hilfe | <input type="checkbox"/> nein            |
| der Antrag wurde abgelehnt                          | Pflegegrad                               |
| <input type="checkbox"/> ja                         | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1    |
| <input type="checkbox"/> nein                       | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2    |
|   | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3    |
|   | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4    |
|   | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5    |

**7. Welche Hilfsmittel haben Sie zur Verfügung? (Mehrfachnennung möglich)**

Beantragung von Hilfsmitteln

- ich habe bisher keine Hilfsmittel beantragt
- ich benötige diesbezüglich eine Beratung

Hilfsmittel

- keine
- Rollstuhl
- Rollator
- Geh-Hilfen / Mobilitätshilfen
- Pflegebett
- Badewannenlift / Duschstuhl
- Toilettensitzerhöhung / Toilettenstuhl
- Notrufknopf
- Pflegehilfsmittel zum Verbrauch
- sonstige: \_\_\_\_\_

**8. Gibt es Geschäfte / Einrichtungen für den Bedarf des täglichen Lebens, die für Sie nicht erreichbar sind, die Sie aber dringend benötigen? (Mehrfachnennung möglich)**

- ich bin bestens versorgt
- Lebensmittelgeschäft
- Drogerie
- Apotheke
- Sanitätshaus
- Bekleidungsgeschäft
- Bankgeschäfte (z.B. Sparkasse)
- Ärzte
- (Zahn-)Ärztlicher Notdienst
- sonstige: \_\_\_\_\_

**9. Durch wen werden Sie unterstützt / versorgt? (Mehrfachnennung möglich)**

- durch einen ambulanten Pflegedienst
- Hilfe bei der Nachtpflege
- ambulanter Hospizdienst
- durch einen Besuchsdienst / es kommt: \_\_\_\_\_
- Menüservice ("Essen auf Rädern")
- Einkaufsservice (z.B. von REWE)
- Fahrdienste
- (Ehe-)Partner/in
- Kind(er)
- Enkelkind(er)
- Bruder / Schwester
- Schwager / Schwägerin
- Freunde / Nachbarn
- Tagespflege an (Tagen/Woche): \_\_\_\_\_
- palliative Begeleitung (SAPV)
- sonstige: \_\_\_\_\_

**10. Worin würden Sie persönlich Entlastung erfahren? (Mehrfachnennung möglich)**

- Austausch mit anderen Betroffenen (z.B. Selbsthilfegruppe / Angehörigengruppe)
- Geselligkeit und soziale Kontakte
- Unterstützung durch professionelle Hilfen (z.B. ambulanter Pflegedienst)
- Besuche in meiner / unserer Häuslichkeit
- Umbaumaßnahmen in unserer häuslichen Umgebung
- sonstige: \_\_\_\_\_
- weiß ich nicht

**11. Sind Ihnen die Beratungsangebote im Landkreis Teltow-Fläming bekannt?**

- ja       nein

**12. Wenn Sie eine Beratung brauchen, wissen Sie wohin Sie sich wenden können?**

- ja       nein

**13. Welche Beratungsthemen wären für Sie von Interesse?**

- Anpassung Wohnumfeld
- Pflegeleistungen
- Sozialleistungen
- Hilfsmittel
- Selbsthilfe
- Vorsorgevollmachten
- Digitalisierung
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**14. Personen mit einem Pflegegrad haben Anspruch auf Entlastungsleistungen in Höhe von 125 EURO im Monat. Nutzen Sie diese Leistung?**

- ja, der Betrag wird genutzt für \_\_\_\_\_
- nein, der Betrag wird bisher nicht genutzt
- diese Leistung ist nicht bekannt

**15. Zu welchen Personen pflegen Sie soziale Kontakte?**

**(Mehrfachnennung möglich)**

- zu Verwandten
- zu Freunden / Nachbarn
- zu Niemanden
- zu Vereins- / Ortsgruppenmitgliedern
- sonstige: \_\_\_\_\_

**16. Sind Sie Mitglied in einem Verein oder einer Ortsgruppe?**

- nein
- ja: \_\_\_\_\_

**17. Sind ausreichend Freizeit- und Kulturangebote in Ihrer Umgebung vorhanden?**

- ja (bitte weiter bei Frage Nr. 21)
- nein
- weiß ich nicht

**18. Welche Angebote würden Sie sich im Bereich Freizeit und Kultur vor Ort wünschen?**

**(Mehrfachnennung möglich)**

- sportliche Aktivitäten
- Freizeitgruppen
- kulturelle Veranstaltungen
- religiöse Veranstaltungen
- organisierte Veranstaltungen (z.B. Feste von Vereinen, Gemeindefest)
- organisierte Veranstaltungen für Senioren (z.B. Seniorentanz)
- sonstige Angebote: \_\_\_\_\_
- keine, das Angebot ist ausreichend
- ich brauche keine solcher Angebote
- weiß ich nicht

**19. Was wäre hilfreich für Sie, um Angebote (häufiger) in Anspruch nehmen zu können?**

**(Mehrfachnennung möglich)**

- für mich müsste sich nichts ändern
- ich brauche eine Begleitung (z.B. aufgrund einer Erblindung)
- es sollte ein Fahrdienst eingerichtet werden
- es sollte mehr über die Veranstaltungen informiert werden
- sonstiges: \_\_\_\_\_
- ich brauche keine solcher Angebote
- weiß ich nicht

die Angebote sollten angeboten werden

- vormittags
- nachmittags
- abends

**20. Üben Sie eine ehrenamtliche Tätigkeit aus? (freiwillig übernommene Aufgaben außerhalb der Familie)**

- ja
- nein (bitte weiter bei Frage Nr. 23)

**21. In welchem Bereich führen Sie Ihre ehrenamtliche Tätigkeit aus? (Mehrfachnennung möglich)**

- Kinder / Jugendliche
- Familien
- Menschen mit Behinderung
- ältere Menschen
- Migranten, Zuwanderer, Flüchtlinge
- Umwelt- und Tierschutz
- kultureller Bereich
- Kirchengemeinde
- anderer Bereich: \_\_\_\_\_

**22. Haben Sie Interesse an einem Ehrenamt bzw. möchten Sie weitere Ehrenämter übernehmen?**

- ja
- nein (bitte weiter bei Frage Nr. 26)

**23. In welchen Bereichen können Sie sich ein bzw. ein weiteres Ehrenamt vorstellen?**

**(Mehrfachnennung möglich)**

- Kinder / Jugendliche
- Familien
- Menschen mit Behinderung
- ältere Menschen
- Migranten, Zuwanderer, Flüchtlinge
- Umwelt- und Tierschutz
- kultureller Bereich
- Kirchengemeinde
- anderer Bereich: \_\_\_\_\_
- egal welcher Bereich

**24. Würden Sie gern über Stellen, in denen ehrenamtliche Tätigkeiten möglich sind, besser informiert werden?**

- ja
- nein

**26. Wenn es dieses Angebot / diese Angebote in meiner Nähe gäbe, würde ich mich für folgendes Thema interessieren: (Mehrfachnennung möglich)**

**Pflegende Angehörige**

- Orientierungskurs
- Basispflege-Kurs
- Pflegekurs - Morbus Parkinson
- Pflegekurs - Schlaganfall
- Pflegekurs - Demenz
- "Hilfe beim Helfen" - Spezial-Kurs
- Individuelle Anleitung
- Ihre Themenvorschläge: \_\_\_\_\_

**zum Austausch**

- Angehörigengruppe
- sonstiges: \_\_\_\_\_

alle Interessierten

- Themenabend - rechtliche Betreuung
- Themenabend - Demenz und Straßenverkehr
- Themenabend - Aromatherapie
- Themenabend - Mobilität
- Themenabend - Ernährung
- Themenabend - Sturzprophylaxe
- Themenabend - Sterben, Tod und Trauer
- Themenabend - nach Absprache und Wünschen
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**25. Gern können Sie uns hier Ihre Kontaktdaten hinterlassen:**

In welchem Jahr sind Sie geboren?

\_\_\_\_\_

Sind Sie männlich, weiblich, divers?

\_\_\_\_\_

Wünschen Sie Kontakt zu uns oder auch ein Gespräch, dann hinterlassen Sie gern Ihren Namen und Ihre Telefonnummer Ihre Adresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und grüßen Sie herzlich.**