

Aktualisierung Demenzwegweiser

Erfassung ambulanter und teilstationärer Angebote
für
Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen
in
Frankfurt am Main

Die Alzheimer Gesellschaft Frankfurt e.V. weist mit dem Demenzwegweiser auf die Angebote hin, die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen bei der Versorgung und Betreuung im **häuslichen Umfeld** unterstützen.

Darin einbezogen sind auch Angebote, die an stationäre Einrichtungen angegliedert sind (z. B. Tagespflegeeinrichtungen oder Beratungsstellen an Kliniken).

Bitte senden Sie uns den Fragebogen – per Post oder Fax – zu und helfen sie mit, den Demenzwegweiser auf aktuellem Stand zu halten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



An:

AGFFM e.V. – Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt am Main

Tel. 069/6301-5196, Fax 069/6301-6360

www.frankfurt-alzheimer.de, Ruth.Mueller@t-online.de

Demenzwegweiser - Aktualisierung

Werden durch Ihre Einrichtung/Ihren Dienst dementiell erkrankte Menschen und/oder Ihre Angehörigen betreut?

ja nein

A. Strukturdaten

1.	Name der Einrichtung/des Dienstes
	Träger
	Straße
	Postleitzahl
	Stadt
	Telefonnummer
	Fax
	E-Mail
	www.
	Bürozeiten
	Ansprechpartner/in (Name, Vorname)
	Persönliche Sprechzeiten

2.	<p>In welche Kategorie würden Sie Ihre Einrichtung/Ihren Dienst einordnen? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostik</p> <p><input type="checkbox"/> Therapeutisches Angebot</p> <p><input type="checkbox"/> Beratung</p> <p><input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst</p> <p><input type="checkbox"/> Entlastungsangebot für Angehörige</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuungsdienst/gruppe</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: </p>
----	--

B. Angebot

3.	<p>Begrenzen Sie Ihr Angebot auf bestimmte Stadtteile?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, auf welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
----	--

4.	<p>Gibt es spezielle Ausschlusskriterien zur Aufnahme in Ihre Einrichtung/Ihren Dienst?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
----	--

5.	<p>Richtet sich das Angebot in Ihrer Einrichtung/Ihres Dienstes ausschließlich an dementiell erkrankte Menschen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn nein, an wen noch?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6.	<p>Gibt es in Ihrer Einrichtung/Ihrem Dienst spezielle Angebote für Angehörige von dementiell erkrankten Menschen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, bitte auführen</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
7.	<p>Arbeiten Sie mit dementiell erkrankten Menschen nach bestimmten Methoden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, nach welcher/welchen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>8.</p>	<p>Welche Berufsgruppen betreuen in Ihrer Einrichtung/Ihrem Dienst dementiell erkrankte Menschen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8a.</p>	<p>Betreuen in Ihrer Einrichtung/Ihrem Dienst Ehrenamtliche dementiell erkrankten Menschen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>9.</p>	<p>Gibt es Mitarbeiter(innen) mit spezieller Qualifikationen für die Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, bitte aufführen</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10.</p>	<p>Welche Angebote für dementiell erkrankte Menschen und/oder deren Angehörige bietet Ihre Einrichtung/Ihr Dienst, die durch die bisherigen Fragen nicht erfasst wurden?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Datum

Unterschrift