

**1. Welche der folgenden Einrichtungen, Beratungs- und Unterstützungsangebote sind Ihnen bekannt und welche haben Sie oder ihre Angehörigen schon in Anspruch genommen? Sie können in jeder Zeile ein oder zwei Kreuze setzen.**

	Davon habe ich noch nie gehört	Das Angebot ist mir bekannt	Das Angebot habe ich bereits in Anspruch genommen	Über das Angebot hätte ich gerne mehr Informationen
Pflegestützpunkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einrichtungen mit Tagespflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einrichtungen mit Kurzzeitpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alltagsunterstützende Angebote (AUAs), z.B. Begleitsdienste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungsstelle für behinderte und chronisch kranke Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt- und Anlaufstelle für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungsservice und -beratung für Senioren*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambulanter Pflegedienst, Pflegeberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Sozialberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schuldner- und Involvenzberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suchtberatungsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehrenamtsvermittlung, z.B. Internetseite „mitjermacht-brandenburg.de“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wohnraumberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**2. Gibt es weitere Einrichtungen, Beratungs- und Unterstützungsangebote, die Sie gerne in Anspruch nehmen würden?**

**3. Gibt es bestimmte Themen, über die Sie gerne mehr erfahren möchten?**

- Pflegeleistungen, z.B. ambulante Pflegedienste
- Wohnraumanpassung, z.B. Treppenlifte
- Ehrenamt, Ehrenamtsvermittlung
- Nutzung von Handys, Smartphones, Tablets etc.
- Nutzung von digitalen Kommunikationsmedien, z.B. Videokonferenzen
- Finanzen, staatliche Unterstützungsleistungen
- Notrufsysteme, z.B. Armbanduhren
- Spezielle Angebote für Menschen mit Demenz
- Hilfe und Unterstützung im Haushalt
- Gesundheit und Prävention, z.B. Bewegung, Ernährung
- Mobilität, z.B. Begleitsdienste
- Sicherheit, z.B. Alarmanlagen
- Individuelle Hitzeschutzmaßnahmen

**4. Sie können auch eigene Themen vorschlagen, über die Sie gerne mehr erfahren möchten:**

5. Gibt es bestimmte Faktoren, die Sie manchmal darin hindern, bestimmte Aktivitäten, z.B. Bewegungsangebote, Musik, Spieleabende, zu besuchen? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Finanzielle Einschränkungen
- Fehlende Begleitung durch Partner\*in / Angehörige / Freunde\*innen
- Gesundheitliche Einschränkungen
- Ich fühle mich nicht wohl unter Menschen, die ich nicht kenne
- Ich bin nicht mehr so mobil und die Angebote sind schlecht erreichbar
- Ich bin schon sehr beschäftigt und habe gar keinen Bedarf oder Zeit für zusätzliche Aktivitäten

6. Gibt es andere Faktoren, die Sie hindern, an Aktivitäten teilzunehmen?

7. Bei dieser Frage geht es um gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet und um Ihre persönliche Einschätzung. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffende Aussage an. Bitte in jeder Zeile ein Kreuz setzen.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Weder noch	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Ich weiß, wie ich Internetseiten mit hilfreichen Gesundheitsinformationen finden kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß Gesundheitsinformationen aus dem Internet so zu nutzen, dass sie mir weiterhelfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann zwischen vertrauenswürdigen und fragwürdigen Internetseiten mit Gesundheitsinformationen unterscheiden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Steht in Ihrem Haushalt ein Internetzugang zur Verfügung?

- ja
- nein

9. Welche digitalen Geräte nutzen Sie? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Smartphone (Handy)
- Tablet
- PC oder Laptop
- sonstige, z.B. Hausnotrufsystem

10. Wie zufrieden sind Sie mit der Anzahl und Qualität Ihrer sozialen Kontakte insgesamt?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- in Ordnung
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

**11. Wie häufig haben Sie persönlichen Kontakt zu den folgenden Personen?**

(Bitte in jeder Zeile ein Kreuz setzen.)

	täglich oder fast täglich	mehrmals in der Woche	mehrmals im Monat	seltener	nicht zutreffend
Kinder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enkel und Urenkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eltern / Schwiegereltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde*innen und Bekannte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachbarn*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vereinskollegen*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(ehemalige ) Arbeitskollegen*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?**

- keine
- 1 bis 2
- 3 bis 5
- 6 oder mehr

**13. Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was sie tun?**

- sehr viel Anteilnahme und Interesse
- viel Anteilnahme und Interesse
- weder viel noch wenig
- wenig Anteilnahme und Interesse
- sehr wenig Anteilnahme und Interesse

**14. Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von den Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?**

- sehr einfach
- einfach
- möglich
- schwierig
- sehr schwierig

**15. Die Menschen in meiner Nachbarschaft sind bereit aufeinander zu achten und sich gegenseitig zu helfen. Würden Sie sagen...**

- stimmt völlig
- stimmt ziemlich
- teil/teils
- stimmt wenig
- stimmt gar nicht

**16. Wie bewerten Sie die Wohn- und Lebensbedingungen in Ihrer Nachbarschaft?**

- sehr gut
- gut
- in Ordnung
- eher schlecht
- sehr schlecht

**17. Wie oft haben Sie das Gefühl, ...**

(Bitte in jeder Zeile ein Kreuz setzen.)

	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie
....dass Ihnen die Gesellschaft anderer fehlt?	<input type="radio"/>				
....außen vor zu sein?	<input type="radio"/>				
....dass Sie sozial isoliert sind?	<input type="radio"/>				

**18. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht
- sehr schlecht

**19. Haben Sie Schwierigkeiten, einen halben Kilometer (500 m) auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen?**

- keine Schwierigkeiten
- einige Schwierigkeiten
- große Schwierigkeiten
- es ist für mich unmöglich

**20. Haben Sie Schwierigkeiten, eine der folgenden Alltagsaktivitäten ohne Hilfe auszuführen?**

(Bitte in jeder Zeile eine Kreuz setzen.)

	keine Schwierigkeiten	einige Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	es ist für mich unmöglich	habe ich nie gemacht
Mahlzeiten zubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon/Handy benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkäufe erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte handwerkliche Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Hausarbeit, z.B. Geschirr spülen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Hausarbeit, z.B Fenster putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwaltungsangelegenheiten, z.B. Überweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anträge von Behörden ausfüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.**

- weiblich
- männlich
- divers

**22. In welchem Jahr sind Sie geboren?**

**23. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**

- Haupt-/ Volksschulabschluss (8. Klasse)
- Realschulabschluss / Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule (10. Klasse)
- Fachhochschulreife / Abitur / Erweiterte Oberschule (EOS) (12. oder 13. Klasse)
- anderen Schulabschluss
- keinen Schulabschluss

**24. Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?**

- beruflich-betriebliche Anlernzeit, aber keine Lehre
- abgeschlossene Lehre / Berufsausbildung
- Meister\*in, Techniker\*in oder gleichwertige Fachschule
- Abschluss an einer Fachhochschule / Ingenieursschule
- Hochschulabschluss
- Promotion
- anderen beruflichen Abschluss

**25. Wie würden Sie insgesamt Ihre finanzielle Situation beschreiben?**

- ich komme sehr gut zurecht
- ich komme gut zurecht
- ich komme genau hin
- ich muss mich einschränken
- ich muss mich stark einschränken

**26. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen?**

**Herzlichen Dank!**

