

„Gemeinsam Schicksale bewältigen“

SelbstHilfeVerband - FORUM GEHIRN e.V.

Bundesverband für Menschen mit erworbenen
Hirnschädigungen und deren Angehörige



SHV - FORUM GEHIRN e.V. Bahnhofplatz 6 89518 Heidenheim

Heidenheim, den 15. Oktober 2024

Liebe Mitglieder unserer Schicksalsgemeinschaft,

es freut mich sehr, dass Sie den Fragebogen nun hier auf unserer Homepage herunterladen – ein herzliches Dankeschön dafür!

Wir wünschen uns von Ihnen die detaillierten Informationen, um gezielt auf Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche eingehen zu können. Ihre persönliche Erfahrung und die Ihrer Angehörigen helfen uns dabei, Ihnen nicht nur individueller und effektiver zur Seite zu stehen, sondern auch neu Betroffenen wertvolle Ideen zur Bewältigung ihrer Herausforderungen und des Alltags zu geben.

Daher möchten wir Sie noch einmal bitten, den Fragebogen auszufüllen und an unsere Geschäftsstelle zurückzusenden. Eine zeitnahe Rückmeldung würde uns sehr weiterhelfen. Natürlich sind ihre Angaben nicht nur freiwillig, sondern werden bei uns streng vertraulich und nach DSGVO behandelt.

Falls Sie spezielle Fragen haben – sei es zum Fragebogen oder zu anderen Themen – können Sie sich jederzeit an unsere Geschäftsstelle wenden.

Nochmals vielen Dank für Ihre Unterstützung, Ihr Engagement und Ihre Treue zu unserer Gemeinschaft!

Mit herzlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'K.E. Siegel', is written over a blue triangular graphic element.

Karl-Eugen Siegel

Geschäftsstelle

Bundesverband
SHV - FORUM GEHIRN e.V.

Bahnhofplatz 6
89518 Heidenheim

Telefon: 07321 - 53 06 856

Bundesvorsitzender

Karl-Eugen Siegel

www.shv-forum-gehirn.de
info@shv-forum-gehirn.de

Amtsgericht Charlottenburg
Vereinsreg.Nr.: 95 VR 28715B

Bankverbindungen

Kreissparkasse Köln
IBAN: DE75 3705 0299 0341 5530 38
BIC: COKSDE33XXX

Gemeinnütziger Verein
Finanzamt Heidenheim
Steuernummer: 64100/10836



Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Soziale Medien aus Presse/Medien
- von anderen Betroffenen Sozialdienst
- Sonstiges

Sind Sie persönlich betroffen?

- Ja
- Nein Wer ist betroffen?

Geburtsdatum:.....

Wann ist das Ereignis eingetreten?

Wo ist der/die Betroffene zurzeit untergebracht?

- Zuhause allein wohnend Zuhause mit
- Pflegehilfe/Betreuung Intensivpflege pers. Budget
- Betreutes Wohnen Pflegeeinrichtung Intensivpflege

(Bitte senden Sie uns ggf. einen Prospekt oder die Adresse der Einrichtung zu.)

Konnte eine berufliche Rehabilitation stattfinden?

- Nein Ja
- Die Wiedereingliederung fand aus eigener Kraft statt
- Folgende Institution hat Unterstützung geleistet

Wer war Kostenträger?

Was hat die Hirnverletzung hervorgerufen?

- Verkehrsunfall Unfall Krankheit Gewalttat Reanimation Sepsis
- Schlaganfall Schock Drogen Suizid Vergiftung
- Sonstiges

Krankheitsbild

- Wachkoma Hypoxie Aphasie Locked in Syndrom noch im Koma
- Weitere

Wie lange waren Sie im Koma?

Kurze Beschreibung Ihrer derzeitigen Situation:

.....

.....

Hatten Sie die Chance einer Rehabilitation (Phase B und Phase C) erhalten?

- Ja Wie lange?
- wo waren Sie?
- Nein Wer hat abgelehnt?

**Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Kliniken/ Rehasentren gemacht?
(Nennen Sie gerne die Namen der Kliniken)**

.....

.....

.....

.....

Wo sehen Sie die Defizite in der derzeitigen Versorgung?

- | | | | |
|-------------------------------|---|---|--|
| Früh Reha | <input type="checkbox"/> Pflege | <input type="checkbox"/> Therapie | |
| Weiterführende Reha | <input type="checkbox"/> Betreuung/Pflege | <input type="checkbox"/> Therapie | <input type="checkbox"/> Beschäftigung |
| Ambulante Hilfe | <input type="checkbox"/> Pflege | <input type="checkbox"/> Therapie | |
| Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> geeigneter Platz | <input type="checkbox"/> Betreuung/Pflege | <input type="checkbox"/> Therapie |
| Berufliche Integration | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> Integration | <input type="checkbox"/> Beschäftigung |
| Schule | <input type="checkbox"/> Ausbildung | <input type="checkbox"/> Abschluss | |
| Teilhabemöglichkeiten | <input type="checkbox"/> Werkstätten | <input type="checkbox"/> Tagespflege | <input type="checkbox"/> Assistenz |

Welche Hilfe/ Unterstützung benötigen Sie konkret?

.....

.....

- Gibt oder gab es Probleme mit Behörden oder Krankenkassen (z. B. bezüglich Rente, Versorgungsamt ...)?** Ja Welche? Nein

.....

.....

Haben und nutzen Sie das Internet und unsere Internetangebote?

Ja

Gibt es Verbesserungsvorschläge?

Wären Sie gegebenenfalls bereit, mit Ihrer Geschichte bei unserer Öffentlichkeitsarbeit mitzuwirken?

Dialog/not/Broschüren

Homepage

Facebook, Instagram o.ä.

Selbsthilfegruppe

Möchten Sie regelmäßig eine Selbsthilfegruppe (SHV) besuchen?

Möchten Sie in Ihrer Region eine Selbsthilfegruppe gründen und brauchen dazu Hilfe?

Anm.: Sollten Sie in Ihrer Nähe keine SHG finden oder gründen können, nutzen Sie gerne unsere gebietsübergreifenden Online-Angebote auf unserer Homepage (www.shv-internet.de).

Je mehr aktive Mitglieder mithelfen, desto mehr können wir gemeinsam bewegen. Wenn Sie sich eine Mitarbeit vorstellen können, kreuzen Sie doch in der unteren Liste Ihr Interessengebiet an.

Öffentlichkeitsarbeit

Vorträge/Referate

Infostände und deren Organisation

Veranstaltungen

Betreuung und Hilfe

Übersetzungen

Eigene Ideen

.....

.....

Zum Schluss:

Ganz herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Bitte scheuen Sie sich nicht, uns über unsere Geschäftsstelle zu kontaktieren.

Wir sind eine Schicksalsgemeinschaft und wollen uns gegenseitig helfen!

Sie können uns unter folgender Telefonnummer erreichen: 07321-5306856