



Gesundheitsamt Bremen
Kommunale Selbsthilfeförderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser interner Selbsthilfewegweiser (keine Veröffentlichung im Internet oder als Broschüre) dient uns bei Anfragen zur Weitervermittlung in Selbsthilfegruppen und zu Beratungsangeboten. Dafür benötigen wir Ihre Angaben. Auf Ihren Wunsch (dann bitte X* beachten) werden bei Anfragen zur Weitervermittlung in Selbsthilfegruppen und zu Beratungsangeboten persönliche Daten nicht weiter gegeben.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass es in Bremen eine weitere Selbsthilfekontaktstelle - Netzwerk Selbsthilfe Bremen/Nordniedersachsen e.V. - Ja gibt. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Daten an Netzwerk Selbsthilfe für die Vermittlung an ratsuchende Bürgerinnen und Bürger weitergeben? Nein

Mit freundlichen Grüßen
Gesundheitsamt Bremen
Kommunale Selbsthilfeförderung

Diesen Fragebogen und weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter der Adresse:

www.gesundheitsamt.bremen.de

Für Rückfragen:

Telefon: 0421 / 361-15 829 oder 0421 / 361-15 163
Fax: 0421 / 361-15 554
Mail: Selbsthilfefoerderung@gesundheitsamt.bremen.de

Bitte senden Sie dieses Formular zurück an:

Gesundheitsamt Bremen
Kommunale Selbsthilfeförderung
Horner Str. 60-70
28203 Bremen



Fragebogen zum Selbsthilfewegweiser

**Name der Selbsthilfegruppe/
Organisation oder Beratungsstelle** _____

**Name der Kontaktperson
oder Geschäftsstelle** _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Straße/Hausnummer _____

Telefon _____

Anrufbeantworter Fax _____

E-Mail _____

Internet _____

Anprechpartner/innen

Name und Anschrift	Telefon	X*
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

X* bedeutet: Daten werden Anfragenden nicht mitgeteilt und dienen nur internen Zwecken.

Art der Gruppe

- Gesprächsgruppe Betroffener
- Gesprächsgruppe Angehöriger und Betroffener
- als Selbsthilfeinitiative gesundheitspolitisch aktiv
- überregional vernetzt

- Gesprächsgruppe Angehöriger
- Professionell angeleitete Gruppe
- Beratung auch für Nichtmitglieder

Kosten / monatlich €
(pro TeilnehmerIn z.B. für Raummiete /
TherapeutInnen, etc.)

Sprech- und/oder Beratungszeiten

Wochentag	Zeit von - bis

Treffpunkt

(unter Bemerkungen beispielsweise Haus-, Wege-, Eingangsbeschreibung; nicht in den Ferien; Teilnahme nur nach telefonischem Vorgespräch und Besonderheiten, wie Gruppe für **Männer, Frauen, junge Menschen**)

Postleitzahl, Ort, Straße	Wochentag	Zeit von-bis	Bemerkungen

Weitere Treffpunkte können auf der Seite 4 eingetragen werden.



Selbstdarstellung

Inhalt / Thema der Gruppe (Wer wir sind):

Angebote (Das bieten wir an):

Ziele (Das wollen wir erreichen):

Zielgruppe (Wer kann mitmachen):

Geschichte (Uns gibt es seit):

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !



Ergänzende Angaben

Angaben über **weitere Treffpunkte**

Postleitzahl, Ort, Straße	Wochentag	Zeit von-bis	Bemerkungen

Raum für Ergänzungen oder Bemerkungen