

## Wohnsituation

1.

**Seit wann wohnen Sie in der Gemeinde Weyarn (Erstwohnung)?**

- Seit \_\_\_\_\_ (Jahr)
- Seit meiner Geburt

2.

**Wie wohnen Sie zurzeit?**

- Im eigenen Haus oder Anwesen
- In einer Eigentumswohnung
- In einer Mietwohnung
- In einem gemieteten Haus
- Im Haushalt von Kindern oder anderen Verwandten
- Im eigenen Haushalt unter einem Dach mit Kindern oder anderen Verwandten
- Sonstiges \_\_\_\_\_

3.

**Wohnen Sie allein oder mit anderen zusammen? (nach „allein“: Mehrfachnennungen möglich)**

- allein
- mit (Ehe-)Partner/in,
- bei erwachsenem Kind bzw. Kindern
- mit anderen, und zwar \_\_\_\_\_
- mit einem oder mehreren Haustieren

4.

Wenn Sie jetzt an die **baulichen Verhältnisse in Ihrer Wohnung / Ihrem Haus** denken: Kommen Sie damit im Alltag zurecht oder bereitet Ihnen etwas Schwierigkeiten?

**Ich komme mit allem zurecht**

- Nein
- Teilweise
- Ja

**Wenn nein oder teilweise: Was bereitet Ihnen Beschwerden? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Treppensteigen
- Baden /Duschen
- Reinigen, Putzen
- Kochen, Küchenarbeit
- Kleinere Schäden reparieren
- Gartenpflege / Schneeräumen
- Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

## Angebote von Diensten und zur Freizeitgestaltung

5.

**Einkäufe und Besorgungen:** Wäre es hilfreich für Sie, wenn der Gemeindebus oder ein anderer Fahrdienst Sie an einer festgelegten Haltestelle und zu bestimmten Zeiten zum Einkaufen in Weyarn fahren würde und Sie dann nach einer gewissen Zeit wieder zur Ausgangshaltestelle zurückbrächte?

- Nein, darauf bin ich nicht angewiesen
- Nein, ich bin körperlich nicht imstande, das Angebot zu nutzen
- Ja

**Wenn ja, wie häufig sollte dieser Einkaufsfahrdienst stattfinden?**

- Täglich
- einmal wöchentlich
- 14-tägig
- einmal monatlich
- seltener

**Haben Sie dazu noch weitere Anmerkungen?**

- Nein
- Wenn ja: \_\_\_\_\_

6.

Haben Sie schon an **Angeboten zur Unterstützung oder Freizeitgestaltung teilgenommen**, die in Weyarn von verschiedenen Trägern bereitgestellt werden?

- Nein, an keinem
- Ja

Wenn ja, **welche Angebote** waren das? (Mehrfachnennungen möglich)

- Seniorennachmittage der Kirchen
- Gemeinsamer Mittagstisch im Bürgergewölbe
- Kaffeetrinken für Senioren im Bürgergewölbe
- Besuchsdienst „Zeit zu zweit“
- „Essen auf Rädern“
- Hausnotruf
- Seniorenhilfe Weyarn
- Seniorengymnastik des TSV Weyarn
- Monatliche Ausflüge des Arbeitskreises „Altersplanung“
- Andere Angebote, und zwar: \_\_\_\_\_

Gibt es Angebote oder Dienste, die Sie in Weyarn **vermissen**?

- Nein
- Ja

Wenn ja, **welche Angebote oder Dienste** wären das? \_\_\_\_\_

7.

Sind Sie **selbst aktiv**, z.B. in einem Arbeitskreis, in der Nachbarschaft oder dgl.?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wo sind Sie aktiv? \_\_\_\_\_

8.

Nehmen Sie teil an **zwanglosen Treffen, die Personen mit gleichen Interessen zusammenführen**, um sich z.B. auszutauschen oder gesellig beieinander zu sein?

- Nein
- Ja

Wenn ja, was für Treffen sind das?

- Treffen in der Familie oder mit Freunden
- gemeinsames Hobby
- Verein
- Stammtisch in einer Gastwirtschaft
- Ausüben von Sport und Spiel
- Treffen mit anderen auf dem Friedhof
- Anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

## Gesundheit

9.

Haben Sie **Schwierigkeiten beim Sehen** – auch dann, wenn Sie eine Sehhilfe benutzen?

- Ja
- Nein

10.

Haben Sie **Schwierigkeiten beim Hören** – auch dann, wenn Sie ein Hörgerät benutzen?

- Ja
- Nein

11.

An wen wenden Sie sich, wenn Sie **Fragen zu den Themen Älterwerden, Betreuung oder Pflege** haben?

- Ich weiß nicht, an wen ich mich wenden kann

**Am liebsten wende ich mich an** (Mehrfachnennungen möglich):

- jemand aus dem Familien- oder Freundeskreis
- eine soziale Einrichtung, und zwar \_\_\_\_\_
- die Gemeinde (Seniorenbeauftragte oder Gemeinwesenarbeiterin)
- den Hausarzt
- andere, und zwar: \_\_\_\_\_

12.

Liegt bei Ihnen ein **Pflegegrad** vor?

- Nein

- Ist beantragt
- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_ Pflegegrad

13.

**Wenn Sie im Alter mehr Unterstützung oder Pflege benötigen, von wem sollte die Hilfe erbracht werden?**

- Familienmitglied(ern)
- Pflegedienst
- Senioren- oder Pflegeheim
- 24-Stundenpflege (z.B. durch eine ausländische Pflegekraft)
- Anderen, und zwar \_\_\_\_\_
- Weiß nicht

14.

**Wenn Sie an die Zukunft denken: Gibt es etwas, das Ihnen Sorgen macht?**

(Mehrfachnennungen möglich)

- Finanzielle Sicherheit
  - Gesundheitliche Beeinträchtigungen
  - Einsamkeit
  - Post oder Anrufe von Ämtern, die ich nicht verstehe
  - Anderes, und zwar: \_\_\_\_\_
- Ich habe derzeit keine Zukunftssorgen

### Angaben zur Person

15.

**Derzeitiger Familienstand:**  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

16.

Haben Sie **Kinder**?  Nein  Ja, wieviele \_\_\_\_\_

17.

**Wo leben Ihre nächstwohnenden Kinder oder Verwandten?**

- Im gleichen Ort
- im Nachbarort
- im Landkreis
- weiter weg

18.

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:**  Männlich  Weiblich

19.

**Wohnort / Gemeindeteil:** \_\_\_\_\_

20.

**Ich wohne hier seit:** \_\_\_\_\_ (Jahr)