

Erhebung der Bewegungsangebote 65+

Fragebogen für Übungsleiter/Koordinatoren

1. Offizielle Bezeichnung des Bewegungsangebots

.....

2. Wer ist Organisator? (Name des Vereins, der Organisation, der Kirchengemeinde, engagierter Bürger,...)

.....

3. Ihre Kontaktdaten (für Rückfragen)

(Diese Daten dienen nur der Kontaktaufnahme durch uns und werden nicht veröffentlicht)

Name: Vorname:

Telefon:

Email:

Straße/Hausnummer:

PLZ: Ort:

Welches ist Ihre Rolle in dem Bewegungsangebot?

Übungsleiter/in Koordinator/in Sonstiges:

4. Ansprechpartner für Interessierte: Wer gibt weitere Informationen?

Diese Daten werden in der Übersicht der Bewegungsangebote veröffentlicht.

Name: Vorname:

Telefon:

Email:

Webseite

5. Unter welche Kategorie fällt das Angebot? (Bitte nur eine Kategorie auswählen)

Allgemeine Gymnastik/Fitness (Gleichgewicht, Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit)

Im Freien: Wandern/Laufen/Radfahren

Tanzen

Tai Chi/QiGong/Yoga

Angebote bei körperlichen Beschwerden/Rehasport

Sport (Tischtennis, Fechten, ...)

Bewegung im Wasser

Sonstiges

6. Vorwiegende Inhalte (mehrere Antworten möglich)

- Gleichgewicht Kraft Ausdauer
- Beweglichkeit Wassergymnastik Spiele
- Entspannung Rückentraining Sturzprävention
- Tanzen Tai Chi/Qi Gong/Yoga

- Sonstiges:

7. Bitte beschreiben Sie das Bewegungsangebots in 2-3 Sätzen. Die Beschreibung soll neugierig machen und zum Mitmachen motivieren.

.....
.....
.....

8. Zielgruppe/ Voraussetzungen zur Teilnahme

a) An welche Zielgruppe richtet sich das Bewegungsangebot?

.....

b) Ausdauer/Gehfähigkeit: Wie lange müssen die Teilnehmer gehfähig sein?

- > 30 min >10 min kurze Strecken keine Gehfähigkeit erforderlich

c) Stehfähigkeit: Wie lange müssen die Teilnehmer stehfähig sein?

- >10 min kurzfristig Stehfähigkeit nicht erforderlich

c) Ist die Nutzung von Hilfsmitteln während der Übungseinheit möglich

(Rollator/Gehstock)?

- ja nein

e) Gibt es spezielle Ausschlusskriterien? Wer sollte nicht teilnehmen?

.....

9. Wo findet das Bewegungsangebot statt?

Bezeichnung des Übungsraumes/Treffpunktes:

Straße/Hausnummer:

PLZ: Ort:

Stadtteil:

10. Zugänglichkeit/Transport

- a) Parkmöglichkeit vorhanden ja nein
- b) Entfernung zum Parkplatz Meter
- c) Bezeichnung der nächsten ÖPNV Haltestelle
- d) Entfernung zur nächsten ÖPNV-Haltestelle Meter
- e) Sind die Räumlichkeiten mit Rollstuhl/Rollator erreichbar (Gebäude + Übungsraum)?
 ja nein
- g) Besteht ein Angebot zum Transport der Teilnehmer zum Trainingsangebot?
 ja nein

11. Wird das Bewegungsangebot in abgeschlossener Kursform oder als Dauerangebot angeboten?

- abgeschlossener Kurs fortlaufendes Dauerangebot

Bei abgeschlossener Kursform:

Datum erster Termin:

Datum letzter Termin:

12. Termine: Wann findet die Bewegungsgruppe statt

..... Übungseinheiten pro Woche

1. Termin: Wochentag: Uhrzeit: von Uhr bis Uhr

2. Termin: Wochentag:..... Uhrzeit: von Uhr bis Uhr

3. Termin: Wochentag: Uhrzeit: von Uhr bis Uhr

Durchführungsrhythmus:

wöchentlich

anderer Durchführungsrhythmus: Bitte näher benennen: (z.B. jeden 1. und 3. Montag im Monat):

13. Teilnahmekosten

a) Ist für die Teilnahme eine Mitgliedschaft im Verein/der Organisation erforderlich?

ja nein

Erhebung der Bewegungsangebote 65+ Fragebogen für Übungsleiter/Koordinatoren



b) Hier bitte die derzeitigen Kosten für die Teilnahme pro Jahr, Monat, Kurseinheit oder Kurs eintragen.

- EUR Jahresbeitrag für Erwachsene
- EUR pro Monat
- EUR pro Kurseinheit
- EUR pro Kurs für Einheiten

c) Sonstige mögliche Kosten:

d) Ist der Kurs anerkannt zur Förderung durch die Krankenkassen? (Präventionsgesetz §20 SGB V oder Rehabilitationssport)?

- ja nein

14. Mitzubringen/erforderliche Ausrüstung/Kleidung

.....
.....

15. Hat der Übungsleiter spezielle Qualifikationen zur Leitung von Bewegungsangeboten erlangt (z.B. Berufsausbildung, Übungsleiterausbildung, Fort- und Weiterbildung,...)?

- ja nein

Falls ja, welche?

- Physiotherapeut/in
- Ergotherapeut/in
- Diplom-Sportlehrer/in/Sportwissenschaftler/in
- Sport- und Gymnastiklehrer/in
- Übungsleiter/in (DRK, DTB, DOSB, etc.)
- Sonstige:.....

16. Haben Sie sonstige Anmerkungen für uns?

.....
.....
.....

Rücksendung **Per Email:** michaela.kuepper@rbk.de
Per Fax: 0711/ 8101-6116
Per Post: Klinik für Geriatriische Rehabilitation am RBK
zu Händen Frau Michaela Küpper
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart