



Anlage 1

Strukturerhebungsbogen

Angaben zur Selbsthilfekontaktstelle:

Name der Kontaktstelle	
Anschrift	
Ansprechpartner/in	
Telefon	
E-Mail	
Internetadresse	

Träger der Kontaktstelle (falls abweichend):

Name des Trägers der Kontaktstelle	
Anschrift des Trägers	
Ansprechpartner/in des Trägers	
Telefon	
E-Mail	
Internetadresse	

Fach- und Verwaltungskräfte der Selbsthilfekontaktstelle*:

Mitarbeitende, die direkt in der Selbsthilfekontaktstelle arbeiten und den Qualitätskriterien der LAG KST entsprechen:

Lfd. Nr	Name	Berufliche Qualifikation (Studienabschluss, Bezeichnung)	Wochenarbeitszeit in Stunden	Geplante Personalkosten 2025
1				
2				
3				
4				

Mitarbeitende, die direkt in der Selbsthilfekontaktstelle arbeiten und nicht den Qualitätskriterien der LAG KST entsprechen:

Lfd. Nr	Name	Berufliche Qualifikation (Bezeichnung)	Wochenarbeitszeit in Stunden	Geplante Personalkosten 2025
1				
2				
3				
4				

Mitarbeitende, die für die Selbsthilfekontaktstelle arbeiten und im Haushalt der Selbsthilfekontaktstelle enthalten sind (z.B. Geschäftsführung, Controlling, Reinigungskräfte, IT etc.):

Lfd. Nr	Name	Stellenbezeichnung	Wochenarbeitszeit in Stunden	Geplante Personalkosten 2025
1				
2				
3				
4				

*Sollten die Tabellen nicht ausreichen, so legen Sie bitte eine gesonderte Übersicht bei.

Allgemeine Angaben:

Gründungsjahr der Selbsthilfekontaktstelle	
Öffnungs-, bzw. Sprechzeiten der Selbsthilfekontaktstelle	
Anzahl der Büroräume der Selbsthilfekontaktstelle insgesamt	
Anzahl der Räume, die für Selbsthilfegruppen zur Verfügung stehen	
Anzahl der zu betreuenden Selbsthilfegruppen (alle)	
Anzahl der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen	
Entwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen im Vergleich zum Vorjahr	
Einzugsgebiet der Selbsthilfekontaktstelle (Stadt, Region, Kreis)	
Einwohnerzahl im Einzugsbereich	

Ist die Selbsthilfekontaktstelle neutral ausgerichtet? (keine parteipolitische, religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung, keine Verfolgung kommerzieller Interessen)

Ja Nein

Wenn nein, bitte erläutern:

Arbeitet die Selbsthilfekontaktstelle indikationsübergreifend?

Ja Nein

Erfolgt im aktuellen Förderjahr voraussichtlich eine Förderung Ihrer Selbsthilfekontaktstelle durch die öffentliche Hand?

Ja (Wenn ja, bitte im beigefügten Gesamtfinanzierungsplan angeben)

Nein

Wenn nein, bitte erläutern:
