

Wir bitten Sie nun, bei den folgenden Angaben die jeweils für Ihre Einrichtung zutreffende Antwort anzukreuzen.

A. Behindertenparkplatz

1. mindestens ein Stellplatz erfüllt die Anforderungen an einen Behindertenparkplatz (Mindestbreite 3,50m)	Ja Nein wenn ja, Anzahl?
--	--------------------------------

B. Zugang zur Einrichtung

2. ist stufenfrei (Haupt- oder Nebeneingang)	Ja Nein
3. Treppenlifte / anlegbare Rampen (auch Elektrorollstuhl geeignet) vorhanden	Ja Nein
4. Zugang rollstuhlgerecht (Türenbreite mind. 90cm, Türschwelle max. 3cm)	Ja Nein

C. Innerhalb der Einrichtung

5. Gänge sind mindestens 120 cm breit	Ja Nein
6. Empfangstresen zum Teil abgesenkt	Ja Nein
7. Kontaktaufnahme / Terminvereinbarung per E-Mail / Fax / SMS möglich	Ja Nein
8. Kommunikation mittels Gebärdensprache möglich	Ja Nein

D. Orientierungshilfen für Sehbehinderte

9. erste und letzte Treppenstufe markiert	Ja Nein
10. kontrastreiche Glasflächen und Glastüren	Ja Nein
11. Schilder kontrastreich mit ausreichend großer Schrift in Augenhöhe	Ja Nein
12. Beleuchtung hell und blendfrei	Ja Nein
13. Patienten-/Klientenaufwurf wahlweise optisch oder akustisch möglich	Ja Nein

E. Aufzug

13. Aufzug vorhanden	Ja Nein → weiter mit Frage 21
14. Bewegungsfläche vor Fahrstuhlür 150cm x 150cm	Ja Nein
15. breite Fahrstuhlür mindestens 90cm	Ja Nein
16. Tür nicht gegenüber Treppen und Rampen gelegen	Ja Nein
17. Bedienungselemente und Haltestange vom Rollstuhl aus erreichbar	Ja Nein
18. Geschossebenenansage vorhanden	Ja Nein
19. Schrift des Bedienungselementes kontrastreich, erhaben, blendfrei lesbar, mindestens 3cm groß	Ja Nein
20. einheitliche taktile Hinweise auf Geschossebene vorhanden	Ja Nein

F. WC barrierefrei

21. Türbreite mindestens 80cm	Ja Nein
22. Zugang stufenlos oder Rampe mit maximal 6% Steigerung	Ja Nein
23. Schiebetüren bzw. nach außen zu öffnende Türen	Ja Nein
24. rechts/links neben Toilettenbecken 95cm breite und 70cm tiefe Bewegungsfläche vorhanden	Ja Nein
25. Bewegungsfläche vor Toilette und Waschbecken mindestens 150cm x 150cm	Ja Nein
26. WC-Sitz Höhe 48cm	Ja Nein
27. Haltegriffe beidseitig neben dem WC vorhanden	Ja Nein
28. Spülung im Sitzen erreichbar	Ja Nein
29. WC Papierhalter beidseitig in Haltegriffen vorhanden	Ja Nein
30. Waschtisch unterfahrbar	Ja Nein
31. Armaturen, Seifenspender, Trockenvorrichtung selbstständig erreichbar	Ja Nein
32. Toiletten, Waschbecken, Taster, Haltegriffe kontrastreich	Ja Nein

G. Öffentliche Verkehrsmittel

33. Ist Ihre Einrichtung mit dem öffentlichen Personennahverkehr erreichbar?	Ja Nein
--	------------

Wenn ja, welche Verkehrsmittel?

.....

Entfernung der Haltestelle von Ihrer Einrichtung ca. Meter

Ist die Haltestelle barrierefrei?

.....

.....

.....

.....

H. für Arztpraxen

34. Untersuchungsmöbel (Liegen, Gynäkologischer Stuhl, Zahnarztstuhl) höhenverstellbar	Ja Nein
35. Untersuchungsmöbel flexibel (z.B. Armlehnen wegklappbar)	Ja Nein
36. Bewegungsfläche im Sprech-/Untersuchungszimmer für Rollstuhl vorhanden	Ja Nein
37. wenn Umkleidekabine vorhanden, ist diese ausreichend groß für Patient inkl. Rollstuhl und Assistenten	Ja Nein
38. Liege in Umkleidekabine vorhanden	Ja Nein

I. Informationsmaterial

39. Bieten Sie Informationsmaterial in Leichter Sprache an?	Ja Nein
---	------------

Wenn ja, welche Materialien?

.....

.....

.....

.....

J. Erfahrungen mit Menschen mit Behinderungen

40. Haben Sie in Ihrer Einrichtung bereits Erfahrungen mit chronisch kranken oder behinderten Menschen/Eltern gesammelt?	Ja Nein
--	------------

Wenn ja, mit welchen Formen der Behinderung oder chronischen Erkrankung haben Sie bereits Erfahrung gesammelt?

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

Abschließend bitten wir Sie um den Namen Ihrer Einrichtung und um die Kontaktmöglichkeiten.

Name der Einrichtung:

.....

Name des Ansprechpartners:

.....

Straße, PLZ, Wohnort:

.....

Telefonnummer und E-Mail:

.....

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Angaben auf unserer Homepage veröffentlicht werden?	Ja Nein
---	------------

Haben Sie Interesse an unsere Arbeit oder unserem Rundbrief?	Ja Nein
--	------------

Bitte drucken Sie das Dokument im PDF-Format und senden den Bogen per E-Mail an uns zurück:

E-mail: mail@kompetenz-behinderte-eltern.de

Oder Sie drucken den Bogen wie gewohnt und schicken ihn per Post oder Fax an uns:

Universität Leipzig

Kompetenzzentrum für behinderte und chronisch kranke Eltern in Sachsen

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health

Philipp-Rosenthal-Str. 55

04103 Leipzig

Fax: 0341-9724569

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Internet: www.kompetenz-behinderte-eltern.de

Telefon: 0341-9715404

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.