

**Strukturerhebungsbogen für Selbsthilfeorganisationen***(Anlage 1)*Stand der nachstehenden Angaben:  (Datum)

Name des Landesverbandes:

Anschrift:

Vorsitzende(r)/Präsident(in): ggf. Geschäftsführer(in): Telefon: Telefax: E-Mail: Internet: (1) a) Gründungsjahr des Landesverbandes: b) Jahr der Eintragung in das Vereinsregister: c) Falls noch kein e.V., wann ist die Eintragung vorgesehen? d) Gründe für die Nichteintragung in das Vereinsregister: (2) a) Gesamtzahl der Einzelmitglieder: b) Anzahl der zugehörigen örtlichen Selbsthilfegruppen im Land: (3) a) Erhebt Ihr Landesverband Mitgliedsbeiträge?  Ja  Neinb) Wenn ja, Höhe des Mitgliedsbeitrages:  €c) Wenn nein, Zuweisung von Mitgliedsbeiträgen von Bundesorganisation?  Ja  Nein(4) a) Ist Ihr Landesverband bundeslandübergreifend aktiv?  Ja  Neinb) Wenn ja, Sitz des Landesverbandes: 

(5) In welchen übergeordneten Organisationen ist Ihr Landesverband Mitglied?

 Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. (LAG SELBSTHILFE) Landesverband des PARITÄTISCHEN e.V. (DPWV) Andere Wohlfahrts-/Sozialverbände:  Sonstige (z.B. Fachgesellschaften):

(5) Anzahl der hauptberuflichen Stellen im Landesverband:

- keine     unter 1     1 bis 2     3 bis 5     6 bis 10     mehr als 10

(6) a) Name der Erkrankung/Behinderung:

[Redacted area for name of disease/disability]

b) Zuordnung der Erkrankung zum Krankheitsverzeichnis nach § 20h SGB V (Krankheitsobergruppen):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Kreislaufsystems  | <input type="checkbox"/> Hirnbeschädigungen   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, der Gelenke, der Muskeln und des Bindegewebes | <input type="checkbox"/> Endokrine Ernährungs- und Stoffwechsel-Krankheiten               |
| <input type="checkbox"/> Bösartige Neubildungen, Tumorerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, des Immunsystems/ Immundefekte           |
| <input type="checkbox"/> Allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Atmungssystems             | <input type="checkbox"/> Krankheiten der Sinnesorgane, Hör-, Seh- und Sprachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Urogenitaltraktes                           | <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten   |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen   | <input type="checkbox"/> Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische Erkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen, chronische Krankheiten des Hautanhanggebildes und der Unterhaut     | <input type="checkbox"/> Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien  |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen   | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen   |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems   | <input type="checkbox"/> Organtransplantationen   |

c) Kurzbeschreibung der Erkrankung / Behinderung (ggf. Faltblatt/Selbstdarstellung beifügen):

[Redacted area for short description of disease/disability]

d) Angaben zur Verbreitung der Erkrankung / Behinderung (soweit bekannt):

[Redacted area for distribution information]

(7) Selbstdarstellung des Landesverbandes:

- Broschüre, Faltblatt, Newsletter, Mitgliederzeitschrift, Homepage (Ausdruck) o.ä. zur Selbstdarstellung des Landesverbandes, der Ziele und Arbeitsschwerpunkte ist /sind beigefügt.

(8) Hat sich Ihr Landesverband eigene Leitsätze zur Wahrung der Neutralität und Unabhängigkeit im Umgang mit im Wettbewerb stehenden Wirtschaftsverbänden/-unternehmen gegeben?

- Ja     Nein

[Redacted area for location and date]

Ort, Datum

[Redacted area for signature and stamp]

rechtsverbindliche Unterschrift ( und ggf. Stempel)