

## Allgemeine Informationen

<b>Vollständiger Name der Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots</b>	
<b>Mitglied in einem Landes- oder Bundesverband? Wenn ja, in welchem?</b>	
<b>Thema in Stichworten</b> z.B. Rheuma, Depression, usw.	
<b>Das Angebot richtet sich an</b>	<input type="checkbox"/> Betroffene <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Interessierte <input type="checkbox"/> Frauen <input type="checkbox"/> Männer <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Jugendliche <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Ist das Angebot kostenlos?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Arbeitsschwerpunkte und Ziele</b> Bitte beschreiben Sie die Arbeit bzw. das Angebot Ihrer Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots	
<b>Sonstige Informationen</b>	

## Gruppentreffen

<p><b>Wann finden die Treffen / findet die Beratung statt?</b> <b>(Wochentag und Rhythmus)</b> z. B. "jeden 3. Freitag im Monat"</p>	
<p><b>Uhrzeit</b></p>	
<p><b>Treffpunkt</b> Einrichtung, Adresse, PLZ, Ort</p>	
<p><b>Ist der Zugang barrierefrei?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>
<p><b>Die Gruppe wird angeleitet von</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Betroffenen    <input type="checkbox"/> Angehörigen <input type="checkbox"/> Professioneller Fachkraft <input type="checkbox"/> Sonstige: _____</p>
<p><b>Sonstige Informationen zu den Gruppentreffen / dem Beratungsangebot</b></p>	

## Öffentliche Kontaktdaten

Diese Daten dienen zur **Weitergabe an Interessierte**, um einen Kontakt zu Ihrer Selbsthilfegruppe / Ihrem Beratungsangebot herzustellen. Bitte kreuzen Sie auch an, auf welchen Medien die Daten veröffentlicht werden dürfen.

### 1. Ansprechpartner\*in

<b>Vorname</b>	
<b>Nachname</b>	
<b>Telefon</b>	_____ <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
<b>Mobil</b>	
<b>Gruppen-Handy</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Homepage</b>	
<b>Diese Kontaktdaten dürfen veröffentlicht werden auf:</b>	<input type="checkbox"/> Webseite WeKISS / DER PARITÄTISCHE <input type="checkbox"/> Selbsthilfegeweiser <input type="checkbox"/> facebook

### 2. Ansprechpartner\*in

<b>Vorname</b>	
<b>Nachname</b>	
<b>Telefon</b>	_____ <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
<b>Mobil</b>	
<b>Gruppen-Handy</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Homepage</b>	
<b>Diese Kontaktdaten dürfen veröffentlicht werden auf:</b>	<input type="checkbox"/> Webseite WeKISS / DER PARITÄTISCHE <input type="checkbox"/> Selbsthilfegeweiser <input type="checkbox"/> facebook

## Interne Kontaktdaten / Ansprechpartner

Wie kann Ihre Selbsthilfegruppe / Ihr Beratungsangebot von der **WeKISS / DER PARITÄTISCHE** kontaktiert werden? Bitte geben Sie eine vollständige Postanschrift an. Dies kann die Adresse des Gruppensprechers bzw. der Gruppensprecherin sein.

**Hinweis:** Diese Adresse dient ausschließlich **internen** Zwecken und wird **nicht** an Dritte weitergegeben.

### 1. Ansprechpartner\*in

Institution	
Anrede, Titel	
Vorname	
Nachname	
ggf. Adresszusatz	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	_____ <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
Mobil	
E-Mail-Adresse	

### 2. Ansprechpartner\*in

Institution	
Anrede, Titel	
Vorname	
Nachname	
ggf. Adresszusatz	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	_____ <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich
Mobil	
E-Mail-Adresse	

## Einverständniserklärung

1. Ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der auf den Seiten 1-4 enthaltenen Angaben bei der WeKISS / DER PARITÄTISCHE zu. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen **intern** für die Beratungsarbeit genutzt werden.
2. Ich stimme zu, dass die auf **Seite 3** angegebenen öffentlichen Kontaktdaten an Interessierte **weitergegeben** werden und in den angekreuzten Medien **veröffentlicht** werden können.
3. **Nur für Beratungsstellen und andere Institutionen:** Der Name der Institution sowie deren Anschrift dürfen ebenfalls in den auf Seite 3 angekreuzten Medien veröffentlicht werden.

<b>Name der Selbsthilfegruppe / des Beratungsangebots</b>		
<b>Vor- und Nachname</b>	<u>1. Ansprechpartner*in</u>	<u>2. Ansprechpartner*in</u>
<b>Ort, Datum</b>		
<b>Unterschrift</b>		

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.