



## Projektskizze

### „Bewegende Alteneinrichtungen und Pflegedienste (BAP) 2.0“

Neue Bewegungsangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen

Im vorliegenden Dokument bitten wir Sie darum, Ihr gemeinsames Bewegungsangebot im Detail zu verschriftlichen. Dieser Prozess ist sowohl für Sie als Kooperationspartner als auch für uns von großer Wichtigkeit. Eine detaillierte Schilderung des gemeinsamen Vorhabens kann Ihnen dabei helfen, sich schon frühzeitig mit wichtigen organisatorischen Rahmenbedingungen auseinander zu setzen. Dies ermöglicht es uns wiederum, Sie frühzeitig fachlich zu beraten und Sie bei aufkommenden Fragen und ggf. Herausforderungen zu unterstützen.

## Kontaktdaten

### **Sportverein**

Name:.....

Kontaktperson:.....

Straße und Hausnummer:.....

Ort und PLZ:.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

### **Stationäre Alteneinrichtung/ambulanter Pflegedienst/Tagespflege**

Name:.....

Kontaktperson:.....

Straße und Hausnummer:.....

Ort und PLZ:.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

## Rahmeninformationen



Titel des Bewegungsangebotes	
Start des Bewegungsangebotes (z.B. 01.01.2020)	
Tag und Uhrzeit	
Dauer in Minuten	
Häufigkeit (z.B. 1mal pro Woche)	
Zeitraum (z.B. 12 Wochen oder fortlaufend)	
Qualifikation der Übungsleitung	
Ort des Bewegungsraumes	<p>in den Räumen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> der Einrichtung</li> <li><input type="checkbox"/> des Pflegedienstes</li> <li><input type="checkbox"/> des Sportvereins</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p>.....</p>
Größe des Bewegungsraumes in m <sup>2</sup>	
Unterstützung durch Personal der Einrichtung/des Pflegedienstes?	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ja</li> <li><input type="checkbox"/> Nein</li> </ul> <p>Wenn ja: Wie viele Personen unterstützen die Übungsleitung bei dem Angebot?</p> <p>.....</p> <p>Bei welchen Aktivitäten erfolgt diese Unterstützung (Mehrfachnennung möglich):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Transfer der Bewohner/-innen zum Angebot</li> <li><input type="checkbox"/> Transfer der Bewohner/-innen nach dem Angebot</li> <li><input type="checkbox"/> während der Übungseinheit</li> </ul> <p>Wenn ja, Vorerfahrung (ggf. Qualifikation) des Personals bereits vorhanden?</p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges</li> </ul> <p>.....</p>



Geplante Teilnehmer/-innenzahl	
Zielsetzung des Angebotes	
Inhaltliche Gestaltung des Angebotes	
Benötigtes Material	
Zielgruppe des Angebotes	<input type="checkbox"/> Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung <input type="checkbox"/> Kunden des ambulanten Pflegedienstes <input type="checkbox"/> Gäste der Tagespflege <input type="checkbox"/> pflegende Angehörige <input type="checkbox"/> Bewohner/-innen aus dem Quartier <input type="checkbox"/> anderweitige Interessierte  <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <input type="checkbox"/> Pflege- und/oder Betreuungspersonal <input type="checkbox"/> Sonstige <hr style="border-top: 1px dotted black;"/>
<p>Gründe zur Teilnahme im BAP Projekt aus Sicht</p> <p><input type="checkbox"/> der/des Einrichtung/ambulanten Pflegedienstes:</p> <p><input type="checkbox"/> des Sportvereines:</p>	



Wir freuen uns über Ihr Interesse am Projekt BAP 2.0. und stehen für weitere Rückfragen gerne zur Verfügung.

Duisburg, Juli 2020

im Auftrag  
Katrín Brandenburg  
Projektkoordinatorin BAP 2.0

Landessportbund Nordrhein-Westfalen  
Friedrich-Alfred-Allee 25  
47055 Duisburg  
Tel. 0203 7381-853  
[Katrín.Brandenberg@lsb.nrw](mailto:Katrín.Brandenberg@lsb.nrw)