

<b>Angebot:</b>	Hier tragen Sie bitte ein: Titel des Angebotes und eine kurze Beschreibung	<b>Rubrik</b>	
		Beratung für Betroffene	<input type="checkbox"/>
		Beratung für Angehörige, Freunde und Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>
		Hilfe in Akutsituationen	<input type="checkbox"/>
		Medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/>
		Betreuung und Pflege	<input type="checkbox"/>
		Hilfe und Begleitung im Alltag	<input type="checkbox"/>
		Aufklärung/ Information	<input type="checkbox"/>
		Fortbildung/ Schulung	<input type="checkbox"/>
		Forschung	<input type="checkbox"/>
<b>Zeit:</b>	Hier tragen Sie bitte ein: - wenn es Öffnungszeiten gibt z.B. Sprechzeiten bei Beratungsangeboten - zeitlicher Umfang des Angebotes z.B. bei Unterstützungsangeboten 1x wöchentlich oder Termine nur nach Vereinbarung	<b>Kontakt</b>	Hier tragen Sie bitte ein: Träger des Angebotes und Ihre Kontaktdaten bzw. die Kontaktdaten für die Inanspruchnahme des Angebotes
<b>Ort:</b>	Hier tragen Sie bitte ein: -wo findet das Angebot statt, -wo wird es durchgeführt?	<b>erforderlich oder zu beachten</b>	Hier tragen Sie bitte ein: -notwendige Voraussetzungen damit das Angebot in Anspruch genommen werden kann wie zum Beispiel: -Überweisung vom Hausarzt   -Kosten die anfallen   -was an Unterlagen mitzubringen ist   -ob und welcher Pflegegrad vorliegen muss   -Bestimmte Personen oder....