

**Bitte füllen Sie für jedes Ihrer Angebote (Broschüre, Medienpaket, Buch, CD, Film, usw.) einen separaten Erhebungsbogen aus. Vielen Dank!**

|   |
|---|
| <b>Titel des Mediums:</b>   |
| <b>Projektleitung/AnsprechpartnerIn</b> (Name, Adresse, Tel., Fax, E-Mail, wenn anders als im Mantelbogen): |
| <b>AutorIn/ProduzentIn/HerausgeberIn:</b>   |

|   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|--|--|--|---|--|-------------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|----------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>1. Zu welchem inhaltlichen Bereich gehört Ihr Angebot?</b> (Mehrfachnennungen möglich)   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Unfallvorbeugung/-verhütung<br><input type="checkbox"/> Erste Hilfe  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <b>2. Welche Unfallorte werden thematisiert?</b> (Mehrfachnennungen möglich)  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Häusliche Unfälle</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Unfälle im Sportbereich</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Unfälle in Betreuungs-, Bildungseinrichtungen</td> <td><input type="checkbox"/> Unfälle im übrigen Freizeitbereich</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Unfälle im Straßenverkehr</td> <td><input type="checkbox"/> Andere, und zwar:</td> </tr> </table>   | <input type="checkbox"/> Häusliche Unfälle                            | <input type="checkbox"/> Unfälle im Sportbereich                        | <input type="checkbox"/> Unfälle in Betreuungs-, Bildungseinrichtungen  | <input type="checkbox"/> Unfälle im übrigen Freizeitbereich | <input type="checkbox"/> Unfälle im Straßenverkehr | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Häusliche Unfälle  | <input type="checkbox"/> Unfälle im Sportbereich                      |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Unfälle in Betreuungs-, Bildungseinrichtungen  | <input type="checkbox"/> Unfälle im übrigen Freizeitbereich           |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Unfälle im Straßenverkehr  | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar:                            |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <b>3. Welche Unfallarten werden angesprochen?</b> (Mehrfachnennungen möglich)   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Thermische Verletzungen</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Vergiftung/Verätzung</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Verletzungen durch scharfe, spitze Gegenstände</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ertrinken</td> <td><input type="checkbox"/> Ersticken</td> <td><input type="checkbox"/> Stoßen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sturzunfälle, und zwar in folgenden Präventionsbereichen:</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Transportmittel-, Verkehrsunfälle, und zwar:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hochstühle</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Kind als Fußgänger</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinderbetten/Wickeltische</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Kind im Auto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lauflehrenhilfen (z.B. „Gehfrei“)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Fahrrad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gebäudesicherung (z.B. Balkon-, Fenstersicherung)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Motorisiertes Zweirad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Treppensicherung</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Andere, und zwar:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Skating</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spielplätze</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schule</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kindergarten</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fahrrad</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Andere, und zwar:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Thermische Verletzungen                      | <input type="checkbox"/> Vergiftung/Verätzung                           | <input type="checkbox"/> Verletzungen durch scharfe, spitze Gegenstände | <input type="checkbox"/> Ertrinken                          | <input type="checkbox"/> Ersticken                 | <input type="checkbox"/> Stoßen            | <input type="checkbox"/> Sturzunfälle, und zwar in folgenden Präventionsbereichen: | <input type="checkbox"/> Transportmittel-, Verkehrsunfälle, und zwar: |  | <input type="checkbox"/> Hochstühle | <input type="checkbox"/> Kind als Fußgänger |  | <input type="checkbox"/> Kinderbetten/Wickeltische | <input type="checkbox"/> Kind im Auto |  | <input type="checkbox"/> Lauflehrenhilfen (z.B. „Gehfrei“) | <input type="checkbox"/> Fahrrad |  | <input type="checkbox"/> Gebäudesicherung (z.B. Balkon-, Fenstersicherung) | <input type="checkbox"/> Motorisiertes Zweirad |  | <input type="checkbox"/> Treppensicherung | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: |  | <input type="checkbox"/> Skating |  |  | <input type="checkbox"/> Spielplätze |  |  | <input type="checkbox"/> Schule |  |  | <input type="checkbox"/> Kindergarten |  |  | <input type="checkbox"/> Fahrrad |  |  | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar: |  |  |
| <input type="checkbox"/> Thermische Verletzungen  | <input type="checkbox"/> Vergiftung/Verätzung                         | <input type="checkbox"/> Verletzungen durch scharfe, spitze Gegenstände |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ertrinken  | <input type="checkbox"/> Ersticken                                    | <input type="checkbox"/> Stoßen   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sturzunfälle, und zwar in folgenden Präventionsbereichen:  | <input type="checkbox"/> Transportmittel-, Verkehrsunfälle, und zwar: |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Hochstühle   | <input type="checkbox"/> Kind als Fußgänger                           |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Kinderbetten/Wickeltische  | <input type="checkbox"/> Kind im Auto                                 |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Lauflehrenhilfen (z.B. „Gehfrei“)  | <input type="checkbox"/> Fahrrad                                      |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Gebäudesicherung (z.B. Balkon-, Fenstersicherung)  | <input type="checkbox"/> Motorisiertes Zweirad                        |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Treppensicherung   | <input type="checkbox"/> Andere, und zwar:                            |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Skating  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Spielplätze  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Schule   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten   |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Fahrrad  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Andere, und zwar:  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |                                     |   |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |   |  |  |                                  |  |  |                                      |  |  |                                 |  |  |                                       |  |  |                                  |  |  |  |  |  |

|  |                                     |   |   |  |                                     |                                  |                                |  |  |
|--|-------------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--|--|
| <b>4. Hat Ihr Angebot besonderen Bezug zu sozialen Systemen bzw. Lebensräumen?</b> (Mehrfachnennungen möglich)   |                                     |   |   |  |                                     |                                  |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <table style="width: 100%; border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Familie</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Schule</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Stadtteil/Wohnumfeld</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kindergarten/Kita</td> <td><input type="checkbox"/> Spielplatz</td> <td><input type="checkbox"/> Verkehr</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Familie    | <input type="checkbox"/> Schule               | <input type="checkbox"/> Stadtteil/Wohnumfeld | <input type="checkbox"/> Kindergarten/Kita | <input type="checkbox"/> Spielplatz | <input type="checkbox"/> Verkehr | <input type="checkbox"/> _____ |  |  |
| <input type="checkbox"/> Familie   | <input type="checkbox"/> Schule     | <input type="checkbox"/> Stadtteil/Wohnumfeld |   |  |                                     |                                  |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten/Kita   | <input type="checkbox"/> Spielplatz | <input type="checkbox"/> Verkehr              |   |  |                                     |                                  |                                |  |  |
| <input type="checkbox"/> _____   |                                     |   |   |  |                                     |                                  |                                |  |  |

|   |
|---|
| <b>5. Wo wird Ihr Angebot gezielt eingesetzt/verteilt?</b>  |
| <input type="checkbox"/> Regional, und zwar in _____ (bitte Stadt, Landkreis oder Gemeinde angeben)<br><input type="checkbox"/> Landesweit, und zwar in _____ (bitte Bundesland angeben)<br><input type="checkbox"/> Bundesweit<br><input type="checkbox"/> International |
| Anmerkungen:  |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>6. Handelt es sich um ein Print- oder elektronisches Medium oder um ein Medienpaket?</b>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Printmedium (weiter mit Frage 6.1)<br><input type="checkbox"/> Elektronisches Medium (weiter mit Frage 6.2)<br><input type="checkbox"/> Medienpaket (weiter mit Frage 6.3)                       |  |   |
| <b>6.1 Welche Form hat Ihr Printmedium?</b>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Broschüre<br><input type="checkbox"/> Buch<br><input type="checkbox"/> Plakat/Poster   | <input type="checkbox"/> Faltblatt (Leporello)<br><input type="checkbox"/> (Post-) Karte<br><input type="checkbox"/> Unterrichtsmaterial   | <input type="checkbox"/> Aufkleber<br><input type="checkbox"/> Kalender<br><input type="checkbox"/> _____   |
| <b>6.2 Welche Form hat Ihr elektronisches Medium?</b>   |  |   |
| <input type="checkbox"/> CD/MC<br><input type="checkbox"/> Diskette<br><input type="checkbox"/> Internet  | <input type="checkbox"/> Dia<br><input type="checkbox"/> Tonträger<br><input type="checkbox"/> DVD   | <input type="checkbox"/> Video<br><input type="checkbox"/> Film<br><input type="checkbox"/> _____   |
| <b>6.3 Woraus besteht Ihr Medienpaket? (Mehrfachnennungen möglich)</b>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Broschüre<br><input type="checkbox"/> Buch<br><input type="checkbox"/> Unterrichtsmaterial (Arbeitsblätter)<br><input type="checkbox"/> Folien<br><input type="checkbox"/> Faltblatt (Leporello) | <input type="checkbox"/> (Post-) Karte<br><input type="checkbox"/> Aufkleber<br><input type="checkbox"/> Kalender<br><input type="checkbox"/> Spielesammlung (Karteikarten)<br><input type="checkbox"/> Plakat/Poster<br><input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> CD/MC<br><input type="checkbox"/> Video<br><input type="checkbox"/> DVD<br><input type="checkbox"/> Diskette<br><input type="checkbox"/> Tonträger<br><input type="checkbox"/> _____ |

|   |  |                       |
|---|--|-----------------------|
| <b>7. Bitte machen Sie Angaben zur Auflage Ihres Mediums</b>                              |  |                       |
| <input type="checkbox"/> Ständiges Angebot<br><input type="checkbox"/> Einmaliges Angebot | <input type="checkbox"/> Befristetes Angebot<br>Seit _____ bis _____ | Gefördert durch:      |
| Herstellungsjahr: _____   | Letzte Überarbeitung: _____  | Online seit: _____    |
| Erscheinungsjahr: _____   | Auflagenhöhe: _____  | Letztes Update: _____ |

|   |
|---|
| <b>8. Bitte geben Sie eine Kurzbeschreibung Ihres Mediums (evtl. Rückseite oder gesondertes Blatt benutzen)</b> |
|   |
| <input type="checkbox"/> Das Medium wird als gesonderte Anlage beigelegt.                                       |

|  |
|--|
| <b>8.1 Bei dem Medium handelt es sich um:</b>  |
| <input type="checkbox"/> ein eigenständiges Angebot<br><input type="checkbox"/> einen Teil einer Maßnahme/Kampagne, und zwar (bitte Titel und Träger angeben): |

|   |  |
|---|--|
| <b>9. Wie kann das Medium bezogen bzw. genutzt werden? (Mehrfachnennungen möglich)</b>                              |  |
| <input type="checkbox"/> Kostenlos<br><input type="checkbox"/> Portokosten<br><input type="checkbox"/> Schutzgebühr | <input type="checkbox"/> Leihgebühr<br><input type="checkbox"/> Verkauf<br><input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: |
| Bezugsquelle:   |  |

**10. Welche Ziele/Interventionsschwerpunkte verfolgen Sie mit Ihrem Medium?** (Mehrfachnennungen möglich)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aufklärung, Beratung, Erziehung<br>(Verhaltensweisen üben, Kompetenzsteigerung) | <input type="checkbox"/> Umgebung sicherer gestalten<br>(z.B. Nutzung von Sicherheitsprodukten)  |
| <input type="checkbox"/> Datenerhebung, Forschung  | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gerätesicherheit<br>(technische Fragen der Sicherheit) |
| <input type="checkbox"/> MultiplikatorInnenschulung  | <input type="checkbox"/> Verbesserung und Einhaltung der gesetzlichen<br>Rahmenbedingungen       |
| <input type="checkbox"/> Nutzung persönlicher Schutzmaßnahmen<br>(z.B. Helm)                             | <input type="checkbox"/> Vernetzung  |
| <input type="checkbox"/> Öffentlichkeitsarbeit/Pressearbeit  | <input type="checkbox"/> Sonstige  |

**11. An wen richtet sich Ihr Angebot?** (z.B.: Rätselheft für Kinder, Faltblatt für Eltern, Schulungsmappe für Fachkräfte)

Kinder  Eltern/Großeltern

MultiplikatorInnen, und zwar:  
(Mehrfachnennungen möglich)

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ÄrztInnen      | <input type="checkbox"/> KursleiterInnen     |
| <input type="checkbox"/> AusbilderInnen | <input type="checkbox"/> JugendarbeiterInnen |
| <input type="checkbox"/> ErzieherInnen  | <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar: |
| <input type="checkbox"/> Lehrkräfte     |  |

**11.1 Auf welche Altersgruppe und besondere Personengruppe zielen die Informationen aus Ihrem Medium?**  
(Mehrfachnennungen möglich)

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Säuglinge (<1)       | <input type="checkbox"/> Mädchen                                |
| <input type="checkbox"/> Kleinkinder (1-4)    | <input type="checkbox"/> Jungen                                 |
| <input type="checkbox"/> SchülerInnen (5-10)  | <input type="checkbox"/> Sozial benachteiligte Personengruppen  |
| <input type="checkbox"/> SchülerInnen (11-14) | <input type="checkbox"/> Fremdsprachige AdressatInnen, und zwar |
| <input type="checkbox"/> Jugendliche (15-17)  | -----<br>(Bitte Sprache(n) angeben)                             |

**11.2 Wie groß ist die angestrebte Zielgruppe / Wie viele Personen konnten erreicht werden?**  
(geschätzte Angaben)

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <u>Angestrebt:</u>       | <u>Erreicht:</u>         |
| Kinder _____             | Kinder _____             |
| Eltern/Großeltern _____  | Eltern/Großeltern _____  |
| MultiplikatorInnen _____ | MultiplikatorInnen _____ |

**12. Mit welchen KooperationspartnerInnen wird das Medium erstellt, verteilt und/oder eingesetzt?**  
(Mehrfachnennungen möglich)

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärzterverbände                           | <input type="checkbox"/> Hebammen, Entbindungspfleger<br>(Entbindungsstationen) | <input type="checkbox"/> Regionale AGs Kindersicherheit |
| <input type="checkbox"/> Arztpraxen,<br>Niedergelassene ÄrztInnen | <input type="checkbox"/> Jugendämter  | <input type="checkbox"/> Rettungsorganisationen         |
| <input type="checkbox"/> Feuerwehren                              | <input type="checkbox"/> Kindergärten   | <input type="checkbox"/> Schulen                        |
| <input type="checkbox"/> Gesetzl. Unfallversicherungen            | <input type="checkbox"/> Krankenhäuser  | <input type="checkbox"/> Sportvereine                   |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsämter                         | <input type="checkbox"/> Krankenkassen  | <input type="checkbox"/> Unternehmen/Firmen             |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitskonferenzen                   | <input type="checkbox"/> Ministerien (Bund/Land)                                | <input type="checkbox"/> Verkehrswachten                |
|   | <input type="checkbox"/> Polizeidienststellen                                   | <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar             |

|   |  |
|---|--|
| <b>Nur für elektronische Medien auszufüllen:</b>  |  |
| <b>13. Liegt eine Dokumentation zum Medium vor?</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Nicht vorgesehen<br><input type="checkbox"/> Geplant<br><input type="checkbox"/> In Arbeit<br><input type="checkbox"/> Liegt vor | Durchführung durch:<br><input type="checkbox"/> die eigene Organisation<br><input type="checkbox"/> Externe, und zwar: |
| Die Dokumentation wurde veröffentlicht unter dem Titel:<br>Bezug über:  |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>14. Wird das Medium evaluiert? (Wirksamkeitsüberprüfung)</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Nicht vorgesehen<br><input type="checkbox"/> Geplant<br><input type="checkbox"/> In Arbeit<br><input type="checkbox"/> Liegt vor | Durchführung durch:<br><input type="checkbox"/> die eigene Organisation<br><input type="checkbox"/> Externe, und zwar: |
| Die Evaluation wurde veröffentlicht unter dem Titel:<br>Bezug über:   |  |

|  |
|--|
| <b>15. Wird über das Medium öffentlich informiert (z.B. Pressemitteilung) oder dafür geworben?</b> |
| <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, und zwar:                            |

|  |
|--|
| <b>16. Angaben zum Internet</b> (Mehrfachnennungen möglich)<br>(Diese Angaben dienen zur direkten Verlinkung im Internet)  |
| <input type="checkbox"/> Informationen zu dem oben beschriebenen Medium stehen im Internet zur Verfügung, unter _____  |
| <input type="checkbox"/> Zu dem oben beschriebenen Medium steht zurzeit keine Information im Internet zur Verfügung.   |
| <input type="checkbox"/> Wir werden auf unserer Homepage einen Link zur Datenbank ( <a href="http://www.bzga.de/kindersicherheit">www.bzga.de/kindersicherheit</a> ) setzen. |

|  |
|--|
| <b>17. Bemerkungen/Erfahrungen</b>       |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |