**TÄTIGKEITSBERICHT**

Gesundheitsförderung und Prävention

|  |
| --- |
| **Bitte vollständig ausfüllen und sämtliche Angaben aussagekräftig, aber kurz und bündig halten!**  **Hilfestellungen und Beispiele zum Ausfüllen des Tätigkeitsberichtes finden Sie in der  Leitlinie zur Antragsstellung!** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Projektrahmen** | | | |
| Projektbezeichnung |  | | |
| Projektträger/in |  | | |
| Tatsächliche Projektdauer | von | | bis |
| Tatsächliche Projektkosten | € 0,00 | | |
| Beantragte Förderung bei der  A 8, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement | € 0,00 | | |
| Bewilligte Förderung der A 8, Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement | € 0,00 | | |
| Förderungen von anderen Förderungsstellen | | | |
|  | | € 0,00 | |
|  | | € 0,00 | |
|  | | € 0,00 | |
|  | | € 0,00 | |
|  | | € 0,00 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Projekterfolgsmessung** | |
| Zielerreichung | *Wurden die im Förderungsantrag festgelegten Ziele des Projektes erreicht? In welchem Ausmaß?*  ***Die im Projektantrag formulierten Projektziele (siehe Feld 504 Ihres Förderungsantrages****)* ***müssen hier übernommen werden und in der Beantwortung der Fragestellung muss darauf Bezug genommen werden!***  *Falls Ziele nicht erreicht werden konnten, erläutern Sie bitte die Gründe dafür!* |
| KPI-Erreichung | *Konnten Sie Ihre Key Performance Indicators/Kennzahlen erreichen?*  ***Die im Projektantrag formulierten Key Performance Indicators (siehe Feld 527 Ihres Förderungsantrages) müssen hier übernommen werden und in der Beantwortung der Fragestellung muss darauf Bezug genommen werden!***  *Falls Sie Ihre KPI nicht erreichen konnten, erläutern Sie bitte die Gründe dafür!* |
| Erreichte Zielgruppe | *Konnten Sie die im Antrag genannte Zielgruppe erreichen? Wie viele Personen aus welchen Bereichen (z. B. Alter, Geschlecht, Beruf, Erfahrung etc.) konnten durch das Projekt angesprochen werden? Wie viele Personen wurden direkt/indirekt erreicht?*  *Bitte beziehen Sie sich hier auf jede einzelne Maßnahme und nennen Sie konkrete Zahlen! Bitte beschreiben Sie, wann Sie die genannte Zielgruppe als erreicht bezeichnen (Mail erhalten, an Workshop teilgenommen, Flyer erhalten).* |
| Tatsächlicher Einzugs- bzw. Versorgungsbereich | *Auf welchen geografischen Einzugs- bzw. Versorgungsbereich wirkte sich das Projekt tatsächlich aus? Aus welchen Bezirken, Gemeinden konnten tatsächlich Personen durch Ihre Maßnahmen direkt/indirekt erreicht werden?*  *Wenn Personen aus der ganzen Steiermark erreicht wurden, beschreiben Sie, wie das möglich war.* |
| Evaluierungs-Ergebnisse | *Wie wurde das Projekt evaluiert? Wie war das Ergebnis der Projektevaluation? Waren die Maßnahmen des Projektes für die geplante Zielgruppe (bzw. Teilgruppen davon) wirklich nützlich? Inwiefern?*  ***Bitte um Angabe von Zahlen, Daten und Fakten!*** |
| Notwendige Verbesserungen | *Welche Verbesserungen der im Rahmen des Projektes erprobten Maßnahmen sind für die Zukunft nötig bzw. sinnvoll?*  *Geben Sie hier Ihre Lessons Learned bekannt und beziehen Sie sich auf Ihre Evaluationsergebnisse!* |
| Nachhaltigkeit | *Auf welche Weise wurde die Nachhaltigkeit (Langzeitwirkung) des Projektes gesichert? Beantworten Sie weiterführende Fragen wie:*   * *Wie können Wirkungen und Ergebnisse auch nach Projektende fortbestehen?* * *Wie kann eine Anpassung der Aktivitäten an sich ändernde Rahmenbedingungen passieren, ohne den Gesundheitsförderungs-Fokus zu verlieren?* * *Wie können andere Zielgruppen oder Settings die Aktivitäten dauerhaft übernehmen? (Transferierbarkeit)?* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Maßnahmen** | | | | | | |
| **Welche Maßnahmen (Beratung, Information, Betreuung, Untersuchung, Schulung etc.) wurden im Rahmen des Projektes tatsächlich durchgeführt? Bitte führen Sie ausschließlich Maßnahmen an, die aus der Förderung der A8 (mit)finanziert wurden! Für eine detaillierte Darstellung der umgesetzten Workshops/Beratungen/etc. nutzen Sie bitte den Erhebungsbogen!** | | | | | | |
| Maßnahmen | Häufigkeit | Dauer | Zeitraum | Ort | Art der Durchführung | Kosten |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift AntragstellerIn/Bevollmächtigter und Stampiglie |