



# GEMEINDE REICHENAU

9565 Ebene Reichenau 80

Telefon: 04275/2180 | Fax: 04275/21810 | UID Nr. ATU25682204

E-Mail: reichenau@ktn.gde.at | Homepage: www.reichenau.gv.at

**Stell dir vor, es geht das Licht aus...**

## Bedarfserhebung zur Eigenvorsorge bei Katastrophenfällen

**Liebe Gemeindebürgerinnen und Gemeindebürger!**

Die Gemeinde Reichenau führt mit der KLAR! Nockregion eine Bedarfsanalyse zur Versorgung der Bevölkerung bei Katastrophenfällen (Unwetter, Stromausfall, Blackout, etc.) durch.

Diese Umfrage hilft der Gemeinde bei der Planung, um im Ernstfall genügend Ressourcen wie Lebensmittel, Kochstellen, medizinische Versorgung, beheizte Räume, etc. für Personen ohne Versorgungsmöglichkeiten bereitstellen zu können.

**Um uns auf eine Notsituation in der Gemeinde möglichst gut vorbereiten zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen bis spätestens Ende Dezember zu beantworten! Den Fragebogen können Sie jederzeit in den Briefkasten neben der Eingangstüre beim Gemeindeamt einwerfen.**

Unter allen mit Namen versehenen Rückmeldungen, die bis 31. Dezember 2022 eintreffen, verlosen wir **zehn Gutscheine von regionalen Betrieben!**

Wir danken für die Teilnahme!

GR<sup>in</sup> Mitter Monika

BGM Karl Lessiak

im Namen des Krisenstabs der Gemeinde Reichenau

**Stellen Sie sich folgendes Szenario vor:**

**Aufgrund anhaltender Starkregenfälle im Herbst sind weite Teile der Gemeinde für 14 Tage ohne Strom, Straßen sind wegen Rutschungen und Vermurungen nicht passierbar.**

**Verfügen Sie über ausreichend haltbare Lebensmittelvorräte (Essen / Trinkwasser) um sich und ihre (Haus-)tiere 14 Tage lang eigenständig zu versorgen?**

Ja  Nein

**Haben Sie eine stromunabhängige Kochmöglichkeit (z.B.: Holzofen / Campingkocher/Griller)?**

Ja  Nein

**Können Sie Ihren Wohnbereich stromunabhängig beheizen (z.B.: durch einen Holzofen)?**

Ja  Nein

Rückseite beachten!

**Gibt es im Ort Freunde oder Verwandte, von denen Sie im Notfall unterstützt werden bzw. an die Sie sich wenden können, falls Sie im Ernstfall keine Möglichkeit zum Kochen oder heizen haben?**

Ja     Nein

**Brauchen Sie für Ihre alltäglichen Erledigungen (Einkauf, Behördenwege, etc.) aufgrund einer mobilen Einschränkung (z.B.: Gehbehinderung / fehlende Fortbewegungsmittel) Unterstützung?**

Ja     Nein

**Sind Sie in Ihrem Alltag von medizinischer Versorgung (regelmäßige Arztbesuche, medizinische Geräte, Sauerstoff, etc.) oder Pflegedienstleistungen abhängig?**

Ja     Nein

**Folgende Hilfeleistungen werden benötigt:**

---

---

**Haben Sie die Möglichkeit, durch stromunabhängige Kommunikationsmittel (batteriebetriebenes Radio, Funkstation) informiert zu bleiben?**

Ja     Nein

**Verfügen Sie über ein Notstromaggregat und Treibstoff?**

Ja     Nein

**Was ich noch mitteilen möchte:**

---

---

**In unserem Haushalt leben insgesamt \_\_\_\_ Personen.**

Name (nicht verpflichtend):

Adresse:

Telefonnummer:

