

Beitrittserklärung

Ich/wir trete(n) dem Verein **Freundeskreis Hospiz Dithmarschen e.V.** als förderndes Mitglied bei und werde(n) die Hospizarbeit in Dithmarschen mit einem jährlichen Beitrag von mindestens 15,00 Euro unterstützen.

Name, Vorname / Institution

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Mein/Unser Betrag Euro

Datum, Unterschrift

Einzugsermächtigung: Um Verwaltungskosten zu sparen, bin ich/wir mit dem Lastschrifteneinzug des obengenannten Betrags einverstanden.

IBAN

BIC

Datum, Ort

Unterschrift

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung SAPV

Das Palliativnetz Dithmarschen widmet sich der Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit voraussichtlich begrenzter Lebenserwartung.

Jeder Versicherte hat einen gesetzlichen Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (Die **SAPV** ist eine Leistung Krankenkasse und für die Betroffenen nicht mit Kosten verbunden).

Was tun wir?

- regelmäßige Hausbesuche durch speziell ausgebildete Pflegefachkräfte und Mediziner
- 24 Std. Rufbereitschaft
- individuelle Beratung und Begleitung der Patienten und der An- und Zugehörigen

Telefon: 0 48 32 - 60 18 62



Wir sind rund um die Uhr für Sie erreichbar.

- Ellen Jansen, Koordinatorin Hospizdienst, Telefon: 0 48 32 - 55 000
- Ann-Kristin Stegemann, Koordinatorin Hospizdienst, Telefon: 0 48 32 - 55 000

E-Mail: info@hospizverein-dithmarschen.de
www.hospizverein-dithmarschen.de

- Sabrina Gerhard, Koordinatorin Palliativnetz Dithmarschen, Telefon: 0 48 32 - 60 18 62
- Sonja Höveler, Koordinatorin Palliativnetz Dithmarschen, Telefon: 0 48 32 - 60 18 62

E-Mail: sapv@dithmarscherhospiz.de
www.hospizverein-dithmarschen.de

Heseler Weg 3a, 25704 Meldorf

Bankverbindung:
IBAN: DE65 2225 0020 0000 1547 92
BIC: NOLADE21WHO



FREUNDESKREIS HOSPIZ DITHMARSCHEN e.V.



Der Freundeskreis bietet Hilfen im Umgang mit Sterben Tod und Trauer für Erwachsene und Kinder an.

Grafik-Design: Ricarda Alexander-Egge

Alle Inhalte dieses Flyers, insbesondere Texte und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt.

Ambulanter Hospizdienst

Die Hospizbewegung möchte erreichen, dass Menschen ihre letzte Lebenszeit möglichst in vertrauter Umgebung, schmerzfrei und von Angehörigen begleitet verbringen können.

Was tun wir?

- Begleitung sterbender Menschen Zuhause, im Krankenhaus oder in stationären Pflegeeinrichtungen
- Entlastung und Unterstützung der Angehörigen
- Verbreitung des Hospiz- und Palliativgedankens im Rahmen öffentlicher Informationsveranstaltungen und Vorträge.

Geschulte HospizmitarbeiterInnen unterliegen der Schweigepflicht.

Unser ehrenamtlicher Einsatz ist kostenlos.

„Wir können dem Leben nicht mehr Stunden geben, aber den Stunden mehr Leben.“

Cicely Saunders

Telefon: 0 48 32 - 55 000



Ambulanter Kinderhospizdienst

Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher schwer erkrankt oder stirbt, verändert sich das gesamte Familiengefüge.

- Besonders geschulte ehrenamtliche BegleiterInnen sind da, hören zu und unterstützen auf Wunsch das Kind und die Familie.
- Wir begleiten Kinder erkrankter Eltern.

Wer kann sich auch an uns wenden?

- Beratungsstellen
- Ärzte und Pflegekräfte
- Schulen und Kindergärten

Telefon: 0 48 32 - 55 000



Angebote für trauernde Menschen

„Wege durch die Trauer“

In die offene Trauergruppe dürfen Betroffene Ihre Trauer mitbringen und werden von erfahrenen Trauerbegleiterinnen begleitet.

„Verwaiste Eltern“

Eltern, die ein Kind verloren haben, treffen sich regelmäßig und versuchen gemeinsam den Verlust zu begreifen.

Die Treffen finden einmal monatlich in einem geschützten Rahmen statt.

„Kindertrauergruppe“

Alle zwei Wochen treffen sich trauernde Kinder und Jugendliche. Sie haben einen geliebten Menschen verloren, und finden dort Möglichkeiten, sich über Gespräche, Kreatives und Spiele auszutauschen.

Parallel dazu findet ein geleiteter Eltern Austausch statt.

Vor der Teilnahme in einer der Gruppen führen wir ein persönliches Gespräch.

Telefon: 0 48 32 - 55 000



Spenden

ich/wir möchte(n) die Arbeit des Vereins **Freundeskreis Hospiz Dithmarschen e.V.** unterstützen und spende(n)

einmalig _____ Euro

jährlich _____ Euro

Für meine/unsere Spende wünsche(n) ich/wir eine Zuwendungsbescheinigung.

Ich/wir überweise(n) den obengenannten Spendenbetrag auf das Konto des **Freundeskreises Hospiz Dithmarschen e.V.**, Sparkasse Westholstein
IBAN: DE65 2225 0020 0000 1547 92
BIC: NOLADE21WHO

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Ihre Angaben und Daten werden für Zwecke des Vereins gespeichert.

