Bitte frei-machen

KINDERHOSPIZ STERNENZELT MAINFRANKEN E.V.
Bahnhofstraße 18
97828 Marktheidenfeld

ABSENDER

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

WIR SIND FÜR SIE DA

KINDERHOSPIZ STERNENZELT MAINFRANKEN E.V.
Bahnhofstraße 18 . 97828 Marktheidenfeld
Telefon 0 93 91 / 90 88 40 - 8
Telefax 0 93 91 / 90 88 40 - 9

info@kinderhospiz-sternenzelt.de
www.kinderhospiz-sternenzelt.de

Montag bis Freitag von 9.00 – 13.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Ambulanter Dienst:
Telefon **09391 / 90 88 40-0**
E-Mail **d.pfeuffer@kinderhospiz-sternenzelt.de**
a.scherger@kinderhospiz-sternenzelt.de
u.geiger@kinderhospiz-sternenzelt.de

SIE KÖNNEN HELFEN

damit wir die Familien unterstützen können:

- ★ durch ehrenamtliche Mitarbeit in der Helfergruppe
- ★ durch ehrenamtliche Familienbegleitung
- ★ durch Informationen an betroffene Familien
- ★ durch Spenden
- ★ durch Mitgliedschaft im Verein

Wir unterstützen und kooperieren mit dem stationären und teilstationären Kinder- und Jugendhospiz Sternenzelt Bamberg.

BUNDESSTIFTUNG KINDERHOSPIZ
BUNDESVERBAND Kinderhospiz
KINDERHOSPIZ SORGENTELEFON 0800 8888 4711

TÜV-zertifiziert:

Unterstützt von:

BRANDORT markenschmiede



Lieber die Tage mit Leben füllen – als das Leben mit Tagen!

KINDERHOSPIZ Sternenzelt MAINFRANKEN

WER WIR SIND

Wir sind ein gemeinnütziger, selbstloser und konfessionell ungebundener Verein. Unser Angebot ist kostenfrei und steht allen, unabhängig von Kultur, Religion und Staatsangehörigkeit zur Verfügung.

Wir sind ein ambulanter Dienst, der lebensbedrohlich oder lebensverkürzt erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit ihren Familien oder Familien mit einem erkrankten Elternteil ab Diagnosestellung und über den Tod hinaus unterstützt und begleitet. Unsere ehrenamtlichen Familienbegleiter/innen sind speziell ausgebildet und nehmen sich ihrer besonderen Situation an.

Wir bieten psychosoziale Begleitung, palliative Beratung und Unterstützung durch speziell geschulte Fachkräfte an. Bei Bedarf leiten wir begleitende Hilfen und Unterstützungsangebote für die Familien in die Wege.



STEFAN ZÖLLER
Geschäftsführer
0170 7040 611
s.zoeller@kinderhospiz-sternenzelt.de



DAGMAR PFEUFFER
Leitung ambulanter Dienst & Koordination



SONJA KLEIN
Verwaltung



ASTRID SCHERGER
Koordination & Vernetzung



KARINA SCHWACKENHOFER
Verwaltung & Trauerbegleitung



UTE GEIGER
Koordination & Vernetzung

WIE WIR UNTERSTÜTZEN

Wir möchten die Familien entlasten und ihnen etwas Lebensfreude in dieser schweren Zeit ermöglichen. Unsere Unterstützung erfolgt nach den Bedürfnissen der Familie überwiegend im häuslichen Bereich und auch während eines Klinikaufenthaltes.

Unsere Familienbegleiter/innen kommen regelmäßig in die Familie und

- sind für das erkrankte Kind da
- unternehmen etwas mit Geschwisterkindern
- führen Gespräche mit den Eltern
- begleiten einfühlsam alle Betroffenen
- sind für das Kind da, wenn ein Elternteil schwer erkrankt ist

UNSERE ANGEBOTE

- Familienbegleitung, wenn ein Kind schwer erkrankt ist
- Gruppentreffen für Geschwisterkinder
- Familientreffen/Austausch betroffener Familien
- Begegnungen betroffener Familien
- Begleitung von Kindern, wenn ein Elternteil schwer/lebensbegrenzt erkrankt ist
- Trauerbegleitung für Eltern, Kinder und Jugendliche
- Kindertrauergruppe
- tiergestützte Therapie
- Hilfestellung bei sozialrechtlichen Fragen
- Vorträge und Veranstaltungen zu Themen wie Sterben, Tod und Trauer

ICH MÖCHTE DAS KINDERHOSPIZ STERNENZELT MAINFRANKEN E.V. UNTERSTÜTZEN

- ☐ Ja, ich möchte **förderndes Mitglied** mit einem Jahresbeitrag von 20 EUR werden. Bitte senden Sie mir eine Beitrittserklärung zu.
- ☐ Ja, ich bitte um die Zusendung von **Informationsmaterial.**
- ☐ Ja, ich möchte ehrenamtlich als **Familienbegleiter/in** oder in der **Helfergruppe** tätig werden. Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf.

SIE KÖNNEN UNS UNTERSTÜTZEN INDEM SIE EINE SPENDE AN FOLGENDES KONTO ÜBERWEISEN:

1) Sparkasse Mainfranken Würzburg, BIC BYLADEM1SWU
IBAN DE69 7905 0000 0000 0330 43

2) Raiffeisenbank Main-Spessart eG, BIC GENODEF1GEM
IBAN DE87 7906 9150 0000 0084 00

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

- ☐ Ja, ich möchte **spenden** und erteile eine Einzugsermächtigung an das **KINDERHOSPIZ STERNENZELT MAINFRANKEN E.V.** und ermächtige es,
  - ☐ eine einmalige Spende in Höhe von _____ EUR
  - ☐ eine jährliche Spende in Höhe von _____ EUR

durch Lastschrift von untenstehendem Konto abzubuchen.

IBAN

BIC

KREDITINSTITUT

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT