

Bitte  
frei-  
machen

KINDERHOSPIZ STERNENZELT MAINFRANKEN E.V.  
Bahnhofstraße 18  
97828 Marktheidenfeld



## 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.

Mitglied im: Sorgentelefon: In Kooperation mit: TÜV-zertifiziert:



BUNDESVERBAND  
Kinderhospiz e.V.



Geprüftes  
Kinderhospiz  
www.tuv.com  
p. 018070232

ABSENDER

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

E-Mail

Lieber  
die Tage  
mit

Leben füllen –  
als das Leben  
mit Tagen!





## 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 und ihre Familien 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 **psychoziale 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**  
1. Vorsitzender



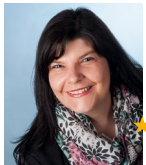
**DAGMAR PFEUFFER**  
Leitung ambulanter  
Dienst & Koordination



**SONJA KLEIN**  
Verwaltung



**ASTRID SCHERGER**  
Koordination &  
Vernetzung



**KARINA  
SCHWACKENHOFNER**  
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
- ★ Mütterfrühstück
- ★ 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 BYLADEM15WU  
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  EURdurch Lastschrift von untenstehendem Konto abzubuchen.

IBAN

BIC

KREDITINSTITUT

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT