Der Hospizverein Hochwald e.V. unterstützt das Ambulante Hospiz Hochwald. Wir würden uns auch über Ihre Unterstützung freuen.

Vielen Dank!

Beitrittserklärung

Ich / Wir

Vorname

Name

Geb. Datum

erkläre/n hiermit meinen /unseren Beitritt zum

HOSPIZVEREIN HOCHWALD E.V

Meine / Unsere Adresse :

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Tel.-Nr. _____

E-mail _____

Mindestbeitrag zur Zeit 30,00 € / jährlich

freiwilliger Beitrag _____ € / jährlich

Ich / Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir / uns zu errichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

IBAN _____

BIC _____

Geldinstitut _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Hinweis zum Datenschutz: Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist für den Beitritt erforderlich und beruht auf §6 Abs. 1 S.1 lit. c KDG. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie auf unserer Webseite einsehen.

Träger

Träger des Ambulanten Hospizes Hochwald ist die Marienhaus Kliniken GmbH.

Kooperationspartner

Folgende Kooperationspartner unterstützen die Arbeit des Ambulanten Hospizes:

- Hospizverein Hochwald e. V.
- Ambulantes Hilfezentrum Hermeskeil – Sozialstation (Träger: DRK-Kreisverband Trier-Saarburg)
- Marienhaus Seniorenzentrum St. Klara Hermeskeil
- DRK Seniorenzentrum Kell am See
- Senioren- und Pflegeheim Holunderbusch Lorscheid
- Senioren-Residenz Haus Veronika Reinsfeld
- ArteCare Pflegezentrum Osburg
- Pastoraler Raum Hermeskeil
- Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier
- St. Josef-Krankenhaus Hermeskeil
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier
- Waldbreitbacher Hospiz-Stiftung
- SAPV Saarschleife
- SAPV EifelMoselHochwald
- Herzensspuren SAPV Team für Kinder und Jugendliche
- SAPV Care
- Verbandsgemeinde Hermeskeil
- Stadt Hermeskeil

Über weitere Kooperationspartner freuen wir uns.

Warum wir Ihre Hilfe benötigen

Einen Großteil seiner Arbeit muss das Ambulante Hospiz aus Spenden finanzieren. Sie können uns unterstützen, indem Sie:

- ehrenamtlich mitarbeiten
- einmal oder regelmäßig spenden
- Mitglied im Hospizverein Hochwald e. V. werden

Nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

So erreichen Sie uns:

AMBULANTES HOSPIZ HOCHWALD
Martinusstraße 5
54411 Hermeskeil

Telefon 06503 9214766
E-Mail hospiz.her@marienhaus.de
www.ambulantes-hospiz-hochwald.de

Spendenkonten:
Hospizverein Hochwald e.V.

Volksbank Trier-Eifel eG
IBAN: DE35 5866 0101 0003 9256 90
BIC: GENODED1BIT

Sparkasse Trier
IBAN: DE24 5855 0130 0001 1427 02
BIC: TRISDE55XXX

Mindestbeitrag sind 30 € / jährlich
Gläubigernummer DE8841100001228248

WEGE DES LEBENS GEMEINSAM GEHEN

AMBULANTES HOSPIZ HOCHWALD

Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst Hermeskeil-Morbach

Ambulantes Hospiz Hochwald

BERATUNG | BEGLEITUNG | ENTLASTUNG

www.ambulantes-hospiz-hochwald.de

Die Hospizbewegung

Wir setzen uns dafür ein, dass:

- schwerkranke Menschen mit ihren körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen Hilfe und Begleitung finden
- sterbende Menschen ihren letzten Weg mit größtmöglicher Lebensqualität und Autonomie gehen können
- ihre Würde respektiert wird unabhängig von ihrer Herkunft, Religion, sozialen Stellung und Nationalität
- Angehörige und Freunde beim Abschiednehmen und in ihrer Trauer begleitet werden
- die Idee der Hospizbewegung einen festen Platz in der Öffentlichkeit bekommt

Wir bieten

- Unterstützung und Entlastung durch ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und -begleiter
- Fachliche Beratung bei medizinischen und pflegerischen Fragen durch die Hospizfachkräfte zu Hause, im Seniorenheim, im Krankenhaus oder im Hospizbüro
- Vernetzung zu ambulanten Diensten, stationären Hospizen, Pflegestützpunkten etc.
- Angebote für trauernde Menschen (Einzeltrauerbegleitung, Trauercafé, Kochtage, Angebote an Fasching, Allerseelen und Heilig Abend, Jahreszeitenspaziergänge, Entspannung)

Die Leistungen des Ambulanten Hospizes stehen allen Menschen offen und sind kostenfrei.

Wir sind

In unserem Ambulanten Hospiz haben wir mehr als 40 ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und -begleiter, die durch eine über 100-stündige Vorbereitung und regelmäßige Fortbildungen intensiv für die Hospizarbeit qualifiziert wurden und werden.

Die Hospizfachkräfte Marion Schronen (Hospizleitung), Nadine Hölzemer und Katja Kirsch beraten und begleiten betroffene Menschen und Familien und koordinieren den Einsatz der ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und -begleiter.

Nadine Hölzemer
Hospizfachkraft,
Krankenschwester, Psychoonkologische Beraterin
Palliative Care Fachkraft

Katja Kirsch
Hospizfachkraft
Fachkrankenschwester Anästhesie und Intensiv
Palliative Care-Fachkraft

Marion Schronen
Hospizleitung,
Dipl. Pädagogin/Theologin, Bildungsbeauftragte
Palliative Care Fachkraft

Wir sind ansprechbar für

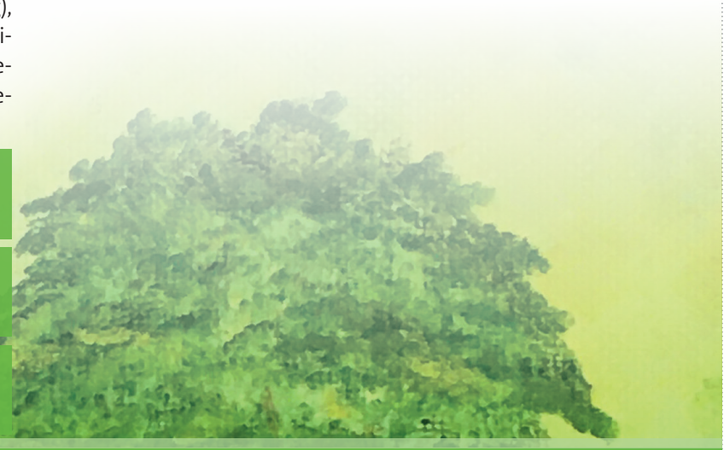
Verbandsgemeinde Kell am See
Heddert, Kell am See, Mandern, Schillingen und Waldweiler

Verbandsgemeinde Hermeskeil
Bescheid, Beuren, Damflos, Geisfeld, Grimburg, Gusenburg, Hermeskeil, Hinzert-Pölert, Muhl, Naurath/Wald, Neuhütten, Rascheid, Reinsfeld und Züsch

Verbandsgemeinde Thalfang
Burtscheid, Dhronecken, Hilscheid, Lückenburg, Malborn, Neunkirchen, Schönberg, Talling und Thiergarten

Verbandsgemeinde Ruwer
Farschweiler, Herl, Lorscheid und Osburg

Melden Sie sich gerne bei uns:
06503 9214766



SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Zahlungsempfänger:

HOSPIZVEREIN HOCHWALD E.V.
Martinusstraße 5 • 54411 Hermeskeil
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88 4110 0001 2282 48

Bank: Volksbank Trier-Eifel eG
IBAN: DE35 5866 0101 0003 9256 90; BIC: GENODED1BIT

Bank: Sparkasse Trier
IBAN: DE24 5855 0130 0001 1427 02; BIC:TRISDE55XXX

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger HOSPIZVEREIN HOCHWALD E.V. Zahlungen von meinem Konto / von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger HOSPIZVEREIN HOCHWALD E.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Damit wir uns bei Ihnen bedanken können bitten wir Sie, Ihre Adressdaten im Verwendungszweck zu hinterlassen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Zahlungspflichtiger:

Name und Vorname (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

PLZ, Ort:

Name des Kreditinstituts:
IBAN:

BIC:

Ort , Datum

Unterschrift

Vorabbenachrichtigung:
Der HOSPIZVEREIN HOCHWALD E.V. teilt dem Vereinsmitglied / den Vereinsmitgliedern mit: Den vereinbarten Mitgliedsbeitrag ziehen wir mit einer SEPA-Lastschrift zur separat mitgeteilten Mandatsreferenz und zur Gläubiger-Identifikationsnummer DE 88 4110 0001 2282 48 zu Lasten Ihrer genannten Kontoverbindung **jährlich** ein. Fällt der Fälligkeitstag auf einen Feiertag oder ein Wochenende verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den ersten folgenden Werktag.