

„Eine so verantwortungsvolle Aufgabe braucht viele Partner und Förderer. Ich bitte Sie herzlich, machen auch Sie mit!“



J. Rumschöttel

Johanna Rumschöttel, Schirmherrin
Altlandrätin des Landkreises München

Absender:

Vor- und Zuname

Straße und Hausnummer oder Postfach

PLZ / Wohnort

Telefon-Nummer

Telefax oder E-Mail

ANTWORTKARTE

Bitte
freimachen

Hospizkreis Ottobrunn e.V.
Geschäftsstelle
Friedenstraße 21

85521 Ottobrunn

Unser Einsatzgebiet



*Wir helfen Menschen
bis zum Lebensende
in Würde zu leben*

Hospizkreis Ottobrunn e.V.

Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst

Friedenstraße 21
85521 Ottobrunn

Tel.: 089/66 55 76 70

Fax: 089/66 55 76 72

info@hospizkreis-ottobrunn.de
www.hospizkreis-ottobrunn.de

Hospizkreis Ottobrunn e.V.

Leitbild des Hospizkreises Ottobrunn e.V.

Nicht dem Leben mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben!

Cicely Saunders (Begründerin der Hospizbewegung)

Sterben betrachten wir als Teil des Lebens.

Wir begleiten und beraten schwer kranke und sterbende Menschen jeden Alters und helfen ihnen, die verbleibende Zeit erlebenswert zu gestalten. Dabei stehen Würde und Wünsche des Betroffenen im Vordergrund unseres Handelns.

Respekt und Wertschätzung gegenüber den Sterbenden und deren Angehörigen sind für uns selbstverständlich.

Es ist uns ein Anliegen, Sterben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

Unser Team aus Palliative-Care-Fachkräften und ehrenamtlichen Hospizbegleiter/-innen sorgt für Schmerz- und Symptomlinderung und Begleitung der Schwerkranken sowie für Entlastung der pflegenden Angehörigen. Wir unterstützen sie mit einem eng geknüpften Netz aus ambulanten und stationären Einrichtungen, Pflegediensten und kirchlichen Institutionen.

Diese Aufgabe erfüllen wir durch stetige Weiterbildung und Auseinandersetzung mit den Themen Begleitung von Sterbenden und ihrer Angehörigen sowie Umgang mit Abschied und Trauer.

Wir sind da für kranke und sterbende Menschen – ungeachtet ihrer kulturellen, gesellschaftlichen, weltanschaulichen und religiösen Herkunft. Wir arbeiten unabhängig und auf der Basis einer christlichen Grundhaltung, die sich hauptsächlich in Nächstenliebe ausdrückt.

Unser Ziel ist es, die Hospizarbeit in der Gesellschaft bewusster zu verankern.

*Wir lernen die Menschen nicht kennen, wenn sie zu uns kommen;
wir müssen zu ihnen gehen, um zu wissen, wie es um sie steht.*

Johann Wolfgang von Goethe

Schulung der Hospizbegleiter

Unsere Hospizbegleiter werden nach den Richtlinien des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV) auf ihre Aufgaben vorbereitet. Während ihrer Einsätze werden sie durch regelmäßige Supervision und Fortbildung unterstützt. Sie unterliegen der Schweigepflicht.

Unsere praktischen Hilfen

Unsere Hilfen sind für Sie kostenlos oder werden von Ihrer Krankenkasse erstattet:

- Wir helfen und beraten zu Hause bei der medizinischen Behandlung lebensbedrohlicher Krankheiten.
- Wir besuchen Sie im Krankenhaus, Alten- oder Pflegeheim.
- Wir hören zu und stehen als Gesprächspartner zur Verfügung.
- Wir entlasten und unterstützen Ihre Angehörigen und bieten psychosoziale Beratung an.
- Wir bauen ein Netzwerk auf nach Ihren Wünschen.
- Wir geben Hinweise zur Betreuungs- und Patientenverfügung.
- Wir sind Ansprechpartner für die Hinterbliebenen in der Trauerzeit.

Sie können uns helfen

- durch aktive Mitarbeit
- durch Ihre Mitgliedschaft
- durch Spenden oder als Sponsor
- durch Ihren Hinweis auf unser Spendenkonto bei Jubiläen, Firmenveranstaltungen, Geburtstagen, Todesfällen u.a.m.

Kontoverbindung

Hospizkreis Ottobrunn e.V.
KSpK München-Starnberg-Ebersberg
IBAN: DE51 7025 0150 0010 0812 14
BIC: BYLADEM1KMS

Wir sind Mitglied des Bayerischen Hospizverbands e.V.

☐ Ich möchte Mitglied im Hospizkreis Ottobrunn werden
(Jahresbeitrag: Euro 55,-*)

☐ Um die Ziele des Vereins zu unterstützen, spende ich einmalig/jährlich
_____ Euro; bitte Spendenquittung erteilen.

☐ Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

☐ Ich möchte ehrenamtlich mitarbeiten und bitte um nähere Informationen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

* auf Antrag ist ein „Sozialbeitrag“ möglich