

Verbindliche Anmeldung

„TRAUMFÄNGER“

Seminar für Familien mit lebensverkürzend erkrankten und
schwerstbehinderten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen
vom 07.04. – 11.04.2026 in Pfronten im Allgäu

in Kooperation mit

Deutsche
Kinderhospiz
AKADEMIE



Familienname: _____
Straße/Hausnummer und PLZ/Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____
Festnetz und Mobil: _____

Wir nehmen wie folgt teil:

Vor- und Nachname der Eltern:

Erkrankte Kinder/Jugendliche:

Name, Geburtsdatum, Erkrankung: _____

Geschwister:

Name mit Geburtsdatum: _____

Wir benötigen eine Unterkunft wie folgt: (Anzahl Doppelzimmer, Einzelzimmer, Mehrbettzimmer)

- _____
- ☐ Das erkrankte Kind benötigt ein Pflegebett
 - ☐ Das erkrankte Kind bringt eigene Pflegekräfte/ein Pflgeteam mit.
Namen, Personenanzahl: _____
 - ☐ Es liegen besondere gesundheitliche Voraussetzungen vor (Allergien, Geräte, Erreger etc.). Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung.
 - ☐ Wir sind Mitglied im JoMa-Projekt e.V. ☐ Wir sind Mitglied im Deutschen Kinderhospizverein e.V.
 - ☐ Wir sind damit einverstanden, dass Fotos, die im Rahmen dieser Veranstaltung gemacht werden, für die Öffentlichkeitsarbeit und Medien (Homepage, Social Media, Zeitschrift, Flyer etc.) des JoMa-Projekts/des Deutschen Kinderhospizvereins verwendet werden.
 - ☐ Wir haben zur Kenntnis genommen, dass die aktive Teilnahme an den Programminhalten erforderlich ist.
 - ☐ Wir bitten um vegetarische Kost. ☐ Wir essen kein Schweinefleisch.
 - ☐ Andere Nahrungsmittelbesonderheiten: _____
 - ☐ Die Teilnahmebedingungen auf der Internetseite www.deutscher-kinderhospizverein.de/wie-wir-unterstuetzen/bildungs-und-begegnungsangebote/teilnahmebedingungen haben wir gelesen und stimmen ihnen zu.

Datum

Name/Unterschrift

Bitte senden Sie diese Anmeldung **bis zum 23.02.2026** per Post, Fax oder E-Mail an:

Deutsche Kinderhospizakademie, In der Trift 13, 57462 Olpe

Tel.: 02761 – 9412934, Fax: 02761 – 9412960, E-Mail: akademie@deutscher-kinderhospizverein.de