

Letzter Wunsch Bayern e.V.
Hofmannstraße 54
81379 München
Tel.: 089 6130 47 - 10
Fax: 089 6130 47 - 99
info@letzter-wunsch.de

Antrag Wunscherfüllung



Einzureichen durch Weiterleitung einer Organisation des Bayerischen Rotes Kreuzes an oben genannte Adresse des Vereins Letzter Wunsch Bayern e.V.. Auf die Erfüllung eines Wunsches besteht kein Rechtsanspruch.

Präambel

Letzter Wunsch Bayern e.V. unterstützt die Erfüllung eines letzten Herzenswunsches von sterbenskranken, in Bayern lebenden, Senioren finanziell und durch sein Netzwerk. Die operative Durchführung erfolgt durch die jeweilige BRK-Organisationen (z.B. Einrichtungen der BRK Kreisverbände, der Sozialservice-Gesellschaft des BRK oder der Schwesternschaften des BRK). Jede Art von Wünschen sind möglich, sofern sie nicht gegen Sitte, deutsches Recht, Menschenrechte oder die Grundsätze des Roten Kreuzes verstoßen.

Absender / Rotkreuz-Einheit

Ansprechpartner der BRK Gliederung

Name der

Einrichtung: _____

Name des Ansprechpartners: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wünschender

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort _____

Etage _____ Aufzug vorhanden? _____

Erkrankung: _____

Wunsch in Stichpunkten:

Wann soll der Wunsch erfüllt werden:

1. Vorstand: Wolfgang Obermair
2. Vorstand: Christian Pietig
Vereinssitz: München
Registergericht: München – VR 207951

Bankverbindung:
GLS Bank
IBAN: DE29 4306 0967 8243 7133 00
BIC: GENODEM1GLS

Wie mobil ist die Person? mobil mit Gehilfe Rollstuhl bettlägerig

Behandelnder Arzt:

Name: _____
Anschrift _____

Telefon: _____
E-Mail: _____

Spätestens bis zum Tag der Wunscherfüllung ist eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vorzulegen, dass die Wunscherfüllung medizinisch unbedenklich ist. (Transportfähigkeit, etc.)

Ist eine private Begleitperson gewünscht? Wenn ja:

Name: _____
Anschrift _____

Telefon: _____
E-Mail: _____

Notwendige Medikation während der Wunscherfüllung? ja nein
(falls ja, Medikamentenblatt bis zur Wunscherfüllung gesondert beifügen)

Sind medizinische Hilfsmittel notwendig? ja nein

(falls ja, bitte aufführen. Z.B. Inkontinenzmittel, Rollstuhl, Trage, Beatmungsgerät, Sondenkost, etc.)

Pflegerisches Personal notwendig? ja nein

Mit welchen **Kosten** soll der Verein Letzter Wunsch Bayern e.V. die Wunscherfüllung ca. unterstützen?

- Fahrtkosten _____
 - Übernachtungen _____
 - Eintrittspreise _____
 - Personalkosten _____
 - Netzwerk _____
 - andere _____
-
-

Hiermit entbinde ich die Mitglieder von Letzter Wunsch Bayern e.V. von deren Schweigepflicht im Rahmen der Wunscherfüllung und bin damit einverstanden, dass diese meine Daten dem Zweck der Wunscherfüllung entsprechend verarbeiten. Ich bin mir darüber bewusst, dass meine Daten damit nicht nur dem Verein Letzter Wunsch Bayern e.V. bekannt werden, sondern auch mit der Wunscherfüllung betrauten Personen und Organisationen.

Daneben bestätige ich, dass alle Fahrten, Ausflüge und Wege von mir privat durchgeführt werden. Ich bin mir dessen bewusst, dass im Falle eines Unfalls oder unvorhergesehenem Ereignis, auch in Bezug auf meinen Gesundheitszustand der Verein Letzter Wunsch Bayern e.V. keinerlei Haftung übernimmt. Alle Tätigkeiten erfolgen in eigener Verantwortung und auf eigene Gefahr.

Ort, Datum

Unterschrift Wünschender oder
Bevollmächtigter

Von der BRK-Organisation auszufüllen:

Wir befürworten und unterstützen die Wunscherfüllung

Ort, Datum

Name, Unterschrift und Stempel
Ansprechpartner BRK
Organisation