

In Kooperation mit

**Landesstützpunkt**

Hospizarbeit und  
Palliativversorgung  
Niedersachsen e.V.



**HOSPIZ- UND  
PALLIATIVVERBAND  
NIEDERSACHSEN E.V.**

# Refresher-Kurs Patientenverfügung

## Erfahrungsaustausch zur Beratung zur Patientenverfügung

Viele Hospizdienste bieten bereits Beratungen zu Patientenverfügung an.

Welche Erfahrungen gibt es dazu? Wie sicher bin ich im Beratungsgespräch? Welche Fragen tauchen immer wieder auf?

Im Rahmen dieses Workshops wird es Gelegenheit geben, sich unter fachkundiger Begleitung über Erfahrungen aus dem Beratungsalltag auszutauschen, sich über Einzelaspekte der Patientenverfügung zu informieren und in einer Übungsberatung auszuprobieren.

**Wann :**            **Samstag, 05. September 2020, 10:00-14:00 Uhr**

**Wo:**             **FZH Döhren**  
**An der Wollbahn 1**  
**30519 Hannover**  
Mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom HF mit den Linien 1,2,8  
(Richtung Messe, Laatzen, Rethen) bis Peiner Straße.

**Kosten:**         **25,00 Euro**

**Zielgruppe:**

Haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende in den Hospizdiensten, die bereits Erfahrung in der Beratung zur Patientenverfügung haben.

**Referentin:**

Rechtsanwältin Ingrid Alsleben

**Leitung:**

Rosemarie Fischer,  
Referentin des LSHPN

## Landesstützpunkt

Hospizarbeit und  
Palliativversorgung  
Niedersachsen e.V.



In Kooperation mit



**HOSPIZ- UND  
PALLIATIVVERBAND  
NIEDERSACHSEN E.V.**

### Anmeldung:

Bitte melden Sie sich **einzel**n **persönlich** an.

Nutzen Sie pro Teilnehmer\*in dazu bitte das beiliegende Anmeldeformular.

Anmeldeschluss: **21.08.2020**

### Zahlungsmodalitäten:

**25,00 Euro pro Person; bitte nach Erhalt der Anmeldebestätigung überweisen mit Angabe der Kursnummer 2020/09/05/ an LSHPN:**

**Commerzbank AG IBAN DE62 2574 0061 0289 9102 00 BIC COBADEFFXXX**

Wird die Teilnahme weniger als zwei Wochen vor Veranstaltungsbeginn storniert, wird die Gebühr einbehalten. Alternativ kann eine Ersatzperson benannt werden.

### Kontakt:

Geschäftsstelle  
Landesstützpunkt Hospizarbeit  
und Palliativversorgung Niedersachsen e.V.  
Fritzenwiese 117  
29221 Celle  
veranstaltungen@hospiz-palliativ-nds.de  
Tel. 05141/21 96 98 6  
Fax 05141/21 96 98 8

Mit freundlichen Grüßen

*Rosemarie Fischer*

Referentin des LSHPN

Die Veranstaltung wird durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung bezuschusst.

Träger des Stützpunktes:



Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Gesundheit  
und Gleichstellung

In Kooperation mit:

**Landesstützpunkt**

Hospizarbeit und  
Palliativversorgung  
Niedersachsen e.V.



**HOSPIZ- UND  
PALLIATIVVERBAND  
NIEDERSACHSEN E.V.**

### **Allgemeine Hinweise:**

Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann die Anmeldung erst dann Berücksichtigung finden, wenn das Anmeldeformular **leserlich mit der persönlichen Unterschrift des Kursteilnehmers/ der Kursteilnehmerin** in der Geschäftsstelle vorliegen.

Die Anmeldungen werden in der zeitlichen Reihenfolge, in der sie eingehen, den Kursen zugeordnet, daher können bei hoher Nachfrage Wartelisten entstehen.

Sollte ein Platz frei werden, benachrichtigen wir die „Nachrücker“ ebenfalls in der zeitlichen Abfolge.

Aus organisatorischen Gründen können wir **keine telefonischen oder schriftlichen Vormerkungen** für Veranstaltungen vornehmen.

Bitte geben Sie unbedingt bei der Zahlung einer Teilnahmegebühr die **Kursnummer UND den Teilnehmer-Namen** mit an, um den Ablauf zu optimieren und Nachfragen und Verwechslungen zu vermeiden.

Unsere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter  
<https://www.hospiz-palliativ-nds.de/datenschutz/>

In Kooperation mit:

Landesstützpunkt

Hospizarbeit und  
Palliativversorgung  
Niedersachsen e.V.



HOSPIZ- UND  
PALLIATIVVERBAND  
NIEDERSACHSEN E.V.

## Anmeldebogen

Hiermit melde ich mich für folgende Veranstaltung verbindlich an:

### Refresher– Kurs Patientenverfügung

**05.09.2020**

Vor– und Zuname:

\_\_\_\_\_

(bitte alles in BLOCKBUCHSTABEN eintragen)

Organisation:

\_\_\_\_\_

E-Mail Adresse:

\_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen leserlich aus und senden ihn  
**pro Teilnehmer\*in,**  
**persönlich unterschrieben,** an:

**Mail: [veranstaltungen@hospiz-palliativ-nds.de](mailto:veranstaltungen@hospiz-palliativ-nds.de)**

**Fax: 05141/21 96 988**

**Post: LSHPN, Fritzenwiese 117, 29221 Celle**

**Anmeldeschluss: 21.08.2020**

Ich habe die Teilnahmebedingungen und die Datenschutzerklärung unter <https://www.hospiz-palliativ-nds.de/datenschutz/> gelesen, akzeptiere sie und melde mich hiermit verbindlich an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Veranstaltung für z. B. Namensschilder, Teilnahmelisten und Teilnahmebescheinigungen (Urkunden) erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in