

WIR FREUEN UNS ÜBER IHR INTERESSE!

Wenn Sie weitere Fragen haben, dem Verein beitreten oder einen Spendenbeitrag entrichten möchten, wenden Sie sich bitte an unsere Verwaltungszentrale in Ludwigshafen.



NEURO-KIDS

beraten – unterstützen – fördern

Verwaltung und Kontakt:

Neurologisch erkrankte Kinder Mannheim e.V.
c/o Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie
Prof. Dr. Stephan A. König
Dr. med. N. Samina Shazi-König
Schillerplatz 12-14
67071 Ludwigshafen/Rhein

Tel.: 0621 690878-0
Fax: 0621 6909878-29
E-Mail: kontakt@neurologisch-krankes-kind.de
Web: www.neurologisch-krankes-kind.de

Hauptsitz:

Universitätsmedizin Mannheim
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Station 31-3

Spendenkonto:

Volksbank Kurpfalz H+G
IBAN DE79 6729 0100 0057 8729 00
BIC GENODE61HD3

Registergericht Mannheim: VR 2286
Steuer-Nr. Finanzamt MA: 37006/47534

Online spenden:

www.betterplace.org/de/projects/28643
www.wecanhelp.de/467071004

Shoppen und spenden:

www.smile.amazon.de/ch/37-006-47534
www.smoo.st/einkaufen/6tfmc
www.wecanhelp.de/467071004



Ihre Ansprechpartnerin:
Dr. med. N. Samina Shazi-König



NEURO-KIDS THE MISSION IS POSSIBLE!



*„Nicht behindert zu sein
ist wahrlich kein Verdienst,
sondern ein Geschenk,
das jedem von uns jederzeit
genommen werden kann!“*

Richard v. Weizsäcker

beraten – unterstützen – fördern

UNSERE BOTSCHAFTER:

Dr. Eckart von Hirschhausen
Marianne Bade, SPD Mannheim

WIR KINDER DANKEN IHNEN FÜR
IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Neurologisch erkrankte Kinder Mannheim e.V.
c/o Schwerpunktpraxis für Neuropädiatrie
Schillerplatz 12-14
67071 Ludwigshafen/Rhein



Ihre Spende für unsere tägliche Arbeit wirkt auf vielfältige Weise.
Sie schafft ein solides Fundament für die medizinische
Versorgung von schwer behinderten und chronisch kranken
Kindern und Jugendlichen.

Hier abschneiden und in einem Briefumschlag an unten stehende Adresse senden.

neurologisch-krankes-kind.de

neurologisch-krankes-kind.de

UNSERE MISSION

Unser Herzensanliegen ist die Verbesserung der kinderneurologischen Versorgung in allen Lebensbereichen – stationär, ambulant und im häuslichen Umfeld. Mittels der von uns initiierten Angebote (Musik- oder Maltherapie, Entspannungsverfahren, medikamentöse Versorgung usw.) tragen wir nachhaltig zur Verbesserung der Lebenssituation der betroffenen Kinder bei.

Wir informieren die Familien umfassend und stellen Kontakte zu den entsprechenden Anlaufstellen her. Wir helfen bei Beantragung der benötigten Pflegehilfsmittel oder Antragstellungen nach dem Schwerbehindertenrecht und unterstützen unbürokratisch und schnell in Notsituationen – auch im häuslichen Alltag. Durch den Einsatz der Medien (Zeitungsartikel, Vorträge, Fortbildungsveranstaltungen, Aufklärungsvideos etc.) sensibilisieren wir die Öffentlichkeit für die Bedürfnisse der neurologisch erkrankten Kinder.

Vereinsgründung:

Dez. 1998 (durch Ärzte und Kinderkrankenschwestern)

Ehrenamtlicher Vorstand:

- 1. Vorsitzende: Marianne Weber
- 2. Vorsitzende: Andrea Strüning
- Schatzmeister: Prof. Dr. Stephan A. König
- Prokuristin: Dr. med. Samina Shazi-König



Zu den neurologischen Erkrankungen gehören z.B.:

- Epilepsie/Krampfanfälle
- Spina bifida
- Multiple Sklerose
- Schlaganfälle/Gehirnblutungen
- Schädel-Hirn-Traumata
- Chromosomenanomalien
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Frühkindliche Hirnschädigungen
- ADHS
- Autismus
- LRS/Dyskalkulie etc.
- Seltene Erkrankungen

DAS TUN WIR KONKRET

- Der Verein hilft mittels finanzieller Unterstützung im ambulanten Bereich, wenn wirksame und notwendige aber teure medikamentöse Therapien von den Krankenkassen mit dem „off-label-use“ Argument abgelehnt bzw. regressiert werden.
- Wir helfen bei der Anschaffung von Pflegehilfsmitteln, wenn Kassen die Leistungsübernahme verweigern oder Familien sich die Pflegehilfsmittel nicht leisten können (Lifter, Buggy, spezielle Schuhe, Einlegesitze und Thermojacken oder Regenanoraks für Rollstühle uvm.).
- Wir fördern den Austausch Betroffener und vernetzen die Familien.
- Hilfe zur Selbsthilfe – neuro- und sozialpädiatrische sowie palliative Betreuung. Zusammen mit Kindergärten, Schulen, Frühförderstellen und Fachkräften zeigen wir Wege auf und informieren über Förderangebote sowie Hospizarbeit.
- Wir unterstützen die Familien bei komplexen Antragsverfahren wie z.B. Schwerbehindertenausweis, Pflegestufe, Gutachten, Antrag auf Nachteilsausgleich, Antragstellung, Integrationshilfen, Korrespondenz mit Krankenkassen bei „off-label“ Medikation uvm.
- Wir realisieren und finanzieren therapeutische Interventionen (z.B. Musik-, Mal-, Reit- und Physiotherapie, Kinästhetics oder Entspannungsverfahren, Lern- und Beschäftigungstherapie sowie Snoezeln).
- Wir unterstützen Bedürftige in Notsituationen (Umzug, Nachhilfe, Migrantenhilfe etc.).
- Wir informieren über die Initiativen der Seelsorge, aber auch der Jugend- und Bildungsarbeit.
- Der Verein fördert die Anschaffung von visuell anregender Raumdekoration und Spielwaren zur Verbesserung des stationären Klinikaufenthalts.

BEITRITTSERKLÄRUNG

(Einzugsermächtigung im SEPA-Lastschriftmandat)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Neurologisch erkrankte Kinder Mannheim e.V.

Vor-und Nachname

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Mit dem Absenden Ihrer Anfrage erklären Sie sich mit der Verarbeitung Ihrer angegebenen Daten zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage einverstanden. Die Wahrung Ihrer Rechte (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung und Widerspruchsrecht) bleibt hiervon unberührt.

Gläubiger-Ident: E66ZZZ00000889435

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein Neurologisch erkrankte Kinder Mannheim e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

☐ Jahres-Mitgliedsbeitrag in Höhe von 15,- € (jeweils zum 01.10.)

☐ Individueller Mitgliedsbeitrag _____ € jährlich (jeweils zum 01.10.)
(Mindestbeitrag 15,- €)

☐ Ich möchte spenden _____ € ☐ monatlich (jeweils zum 01. des Folgemonats)
☐ jährlich (jeweils zum 01.10.)

Ihre Bankverbindung:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Datum und Unterschrift

