Die Kontaktgruppe:
Rostock - Mecklenburg - Vorpommern

Immer mehr von einer Transplantation betroffene Patienten und deren Angehörige suchen - vor oder nach der Operation - den Kontakt und das Gespräch mit anderenPatienten, besonders mit bereits selbst Transplantierten.

Bei den Treffen der Gruppe kommen Leberkranke, Wartepatienten, Transplantierte, sowie deren Angehörigen zum Gespräch und zum Erfahrungsaustausch zusammen. Auch um sich aktuell über medizinische und soziale Fragen zu informieren.

Wir sind mit dem Universitätsklinikum Rostock in guter Zusammenarbeit verbunden.

Wenn Sie selbst betroffen sind oder ein Angehöriger, dann wenden Sie sich an uns. Auf Wunsch werden Sie zu den Treffen eingeladen. Mitglieder des Vereins bekommen regelmäßig die Zeitschrift Lebenslinien und erhalten Einladungen zu allen überörtlichen Vereinsangeboten.

Rufen Sie uns einfach an - Wir freuen uns auf das Gespräch und auf Ihr Kommen.

Ihre Ansprechpartner der Kontaktgruppe
Rostock - Mecklenburg - Vorpommern

Anke und Bernd Reiche

Ansprechpartner der
Kontaktgruppe vor Ort:

Ihre Ansprechpartner der Kontaktgruppe
Rostock - Mecklenburg - Vorpommern

Anke und Bernd Reiche
Berthold-Brecht-Str. 4
18106 Rostock
Tel.: 0381/7698194
Mail: ankereiche@freenet.de

Informationen wie aktuelle Termine und Berichte finden Sie auf unserer Vereinshomepage unter:

www.lebertransplantation.eu/kontaktgruppe-rostock

Die Treffpunkte und Termine werden jeweils im halbjährlichen Programm mitgeteilt, das wir auf Wunsch auch gerne zusenden.

Titelbild: Rostock

(Änderungen vorbehalten)

Lebertransplantation?

Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Kontaktgruppe

Rostock-
Mecklenburg-
Vorpommern

Fragen? Probleme?

Sie sind chronisch leberkrank und es steht wahrscheinlich eine Lebertransplantation bevor?
Sie sind bereits lebertransplantiert?
Sie sind Betroffene/r oder Angehörige/r ?

Oftmals entstehen durch diese Fragen , z.B.:

- Mit wem kann ich sprechen und mich austauschen?
- Wie kann ich jemanden mit der gleichen Grunderkrankung oder in ähnlicher Situation kennen lernen?
- Wie überstehe ich die Warteliste, ohne zu verzweifeln?
- Was geschieht, wenn der Anruf kommt?
- Was erwartet mich nach der OP auf der Intensivstation ... in der REHA?
- Darf ich das gespendete Organ guten Gewissens annehmen?
- Wie verhalte ich mich nach der Transplantation?
- Wie geht das Leben in der Familie weiter?
- Kann ich wieder Sport treiben?
- Kann ich meinen Beruf wieder ausführen?
- Ist eine besondere Diät notwendig?
- ... ?

Wir helfen durch ...

- Telefonische und persönliche Kontakte
- Besuche - auch am Krankenbett
- Erfahrungsaustausch - auch für Angehörige
- Regionale und örtliche Treffen
- Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und Kliniken
- Die Patientenzeitschrift **Lebenslinien** und **Lebenslinien aktuell**
- Informationsschriften zu Themen rund um die Lebertransplantation
- Interessenvertretung der Betroffenen
- Information der Bevölkerung über das Thema Organspende

Wenden Sie sich an uns.

Lebertransplantierte
Deutschland e.V.

Lebertransplantierte Deutschland e.V.
Jutta Riemer, Vorsitzende
Verbandsanschrift: Maiblumenstr. 12, 74626 Bretzfeld

Telefon: (07946) 940 18-7
Fax: (07946) 940 18-6
Mail: jutta.riemer@lebertransplantation.de
Internet: www.lebertransplatation.de
oder an die Ansprechpartner in Ihrer Nähe (s.umseitig)

Bankverbindung: Sparkasse Heidelberg
Kto-Nr. 6602495 (BLZ 672 500 20)

Beitrittserklärung

Lebertransplantierte Deutschland e.V.
Maiblumenstraße 12, 74626 Bretzfeld

Name/Vorname
.....

Geb.Dat
.....

Beruf
.....

Straße
.....
...
PLZ/ Wohnort
.....

Telefon Fax E-Mail
.....

Grunderkrankung Transplantiert in am
.....

☐ **Einzelmitgliedschaf/Betroffene/r (Eur 40.-.)**

☐ **Familienmitgliedschaft** (Betroffener und ein/e Angehörige/r) **(Eur 55.-)**

Angehörige/r: Name/Vorname Geb.Dat.

Anschrift:

☐ **Familienmitgliedschaft** (weitere Familienangehörige) **(Eur 25.- /pro Person)**

☐ **Jugendl., Schüler, Azubis, Studenten (Eur 25.-)** (Kinder bis 12 J. frei)

☐ **Fördermitgliedschaft Beitag/Spende Eur...../Jahr** (mind. Eur 40.-)
Ich bin mit jährlichem Bankeinzug einverstanden.

.....
Konto Nr. BLZ Bank

☐ Ich bin einverstanden, zur Mitgliederversammlung per E-Mail eingeladen zu werden.
E-Mail -Adresse: .....

.....
Ort/Datum Unterschrift Betroffene/r Unterschrift Angehörige/r