

Sie interessieren sich für unsere Angebote und Projekte oder möchten uns unterstützen?

Bitte füllen Sie dazu den untenstehenden Coupon aus und schicken Ihre Wünsche und Vorschläge an unsere Postanschrift oder per E-Mail an: spenden@krankenhaus-kiel.de

Ja, ich möchte mehr erfahren

- ☐ zu Infoveranstaltungen
- ☐ zu Spendenprojekten
- ☐ zur dauerhaften Unterstützung über den Förderverein

Vorname

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefonnummer*

E-Mail*

*Freiwillige Angaben

Informationen zum Datenschutz/Widerruf: Wir sind daran interessiert, Sie über unser Krankenhaus sowie unsere Spendenprojekte zu informieren und Sie dafür zu begeistern. Die Verarbeitung Ihrer Adressdaten erfolgt (auch mithilfe von Beauftragten) im Rahmen der oben genannten Zwecke und aufgrund Ihrer Einwilligung. Diese Einwilligung kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden. Sie können den Widerspruch auch per E-Mail an den Datenschutzbeauftragten senden: andreas.hoepken@krankenhaus-kiel.de. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter: www.krankenhaus-kiel.de/datenschutz



Unterstützen Sie mit Ihrer Trauerspende

Der Verlust eines geliebten Menschen geht mit einem tiefen Schmerz einher, der oft den Wunsch aufkommen lässt, etwas zu unternehmen, das im Sinne des*der Verstorbenen gewesen wäre und dessen Andenken über den Tod hinaus bewahrt. Aus diesem Grund bitten viele Hinterbliebene darum, anstelle von Blumen und Kränzen eine Trauerspende zu tätigen, die dem*der Verstorbenen gewidmet ist. Mit Ihrer Spende helfen Sie, Projekte, Ausstattungen und Prozesse außerhalb des Üblichen zu verbessern.

Spenden ohne Zweckbindung

Geben Sie bei Ihrer Überweisung gerne ein Stichwort an, um ein bestimmtes Projekt zu unterstützen, das Ihnen am Herzen liegt. Genauso freuen wir uns über jede Spende ohne bestimmten Verwendungszweck. Damit geben Sie uns die Möglichkeit, Ihre Spende jeweils dort einzusetzen, wo sie am dringendsten benötigt wird.

Unser Spendenkonto

Förde Sparkasse Kiel

IBAN DE47 2105 0170 1400 2950 00

BIC NOLADE21KIE

(ggf. Verwendungszweck und Adresse für Spendenbescheinigung angeben!)

Wichtiger Hinweis zu Ihrer Spende

Das Städtische Krankenhaus Kiel (SKK) ist als gemeinnützig anerkannt. Ihre Zuwendungen an das SKK sind daher steuerlich absetzbar. Für Ihre Spende schicken wir Ihnen gerne eine Zuwendungsbestätigung. Bitte geben Sie dazu bei einer Überweisung Ihre Adresse an.

Mit Ihrer Spende Gutes tun

Das Städtische Krankenhaus ist **das** Krankenhaus für die Akut- und Schwerpunktversorgung der Menschen in Kiel und in der Region. Mit rund 2.000 Mitarbeitenden, die sich aus Ärzt*innen, Pflegefachkräften und vielen anderen Mitarbeitenden zusammensetzen, darunter hochspezialisierte Fachleute und Expert*innen, versorgen wir jährlich rund 100.000 Patient*innen ambulant und stationär. Dabei steht der Mensch als einmalige Persönlichkeit im Zentrum des medizinischen und pflegerischen Handelns.

Wir stellen uns den Herausforderungen an eine bestmögliche Versorgung - bitte unterstützen Sie die Menschen, die besondere Hilfe und Aufmerksamkeit brauchen.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Hilfsbereitschaft!

Ihr Städtisches



Sie haben Fragen?

Wir sind gerne für Sie da:

Birgitt Schütze-Merkel

Öffentlichkeitsarbeit, Leitung Spendenprojekte

Tel. 0431 1697 - 4031

spenden@krankenhaus-kiel.de

Städtisches Krankenhaus Kiel gGmbH

Chemnitzstraße 33, 24116 Kiel

info@krankenhaus-kiel.de

www.krankenhaus-kiel.de

Folgen Sie uns auf: [f](#) [i](#) [y](#)

Für mein Städtisches. Weil's nahe liegt.



Spendenprojekte

Mit **Ihrer Spende** für mehr Gesundheit

Kiel. Sailing. City.
Kiel

Stand: 11.2025; Fotos: Timo Wille

Mit Ihrer Hilfe - gemeinsam eine noch bessere Versorgung schaffen

Die Gesundheit ist im Leben unser höchstes Gut. Als Krankenhaus unterstützen wir Menschen 24/7 jeden Tag und setzen uns für eine bestmögliche Versorgung unserer Patient*innen ein. Allerdings benötigen Menschen mit besonders schweren oder seltenen Erkrankungen mehr Zuwendung und Hilfestellungen, als der von den Krankenkassen finanzierte Standard. Hier können Sie mit Ihrer Spende helfen und gemeinsam mit uns dazu beitragen, eine noch bessere Versorgung zu schaffen! Wir hoffen auf Ihre Unterstützung!



Ermöglichen Sie Schwerstkranken Zuwendung!

Auf der Palliativstation helfen wir, das Leiden von Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen zu lindern. Um den steigenden Bedarf zu decken und Betroffenen ein würdevolles Umfeld zu schaffen, bauen wir zurzeit eine neue Palliativstation. Durch den Neubau können neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt werden und Wünsche, die über den Standard hinausgehen, gefördert werden. Wir wollen den Betroffenen mehr Lebensqualität und Würde schenken, indem ein wohnliches Raumkonzept geschaffen wird, dass wichtige Bedürfnisse wie z.B. die des Rückzugs in einem Raum der Stille oder auf einer Dachterasse realisiert werden können. Der Neubau wird zu ca. 70 Prozent durch das Land Schleswig-Holstein gefördert. Der Anteil nicht geförderter Ausstattung und Baukosten beläuft sich insgesamt auf ca. 1,5 Millionen Euro.

Verwendungszweck: Neue Palliativ



Schenken Sie Kindern ein Lachen!

Zweimal wöchentlich zaubern unsere Klinikclowns den Kindern ein Lachen ins Gesicht und sorgen für strahlende Augen. Ihre Auftritte beflügeln die Fantasie, stärken den Lebensmut und erleichtern so den Krankenhausaufenthalt. Das wiederum aktiviert die Selbstheilungskräfte und trägt nachweislich zum schnelleren Gesundwerden der Kinder bei. Nur mit Ihrer Hilfe können wir die rein Spendenfinanzierten Auftritte der Klinikclowns in Höhe von ca. 40.000 Euro jährlich auch weiterhin anbieten.

Verwendungszweck: Klinikclowns

Geben Sie Kraft gegen den Krebs!



Im Städtischen bieten wir in Kooperation mit der Stiftung "Leben mit Krebs" allen akut oder ehemals an Krebs Erkrankten die Möglichkeit, an unserem Sportprogramm teilzunehmen - kostenlos oder deutlich ermäßigt. Studien belegen: Individuelle Bewegungstherapien sind genauso wichtig wie die medizinische Behandlung. Sport macht den Körper leistungsfähiger; reduziert Nebenwirkungen von Chemotherapien und gibt neues Selbstvertrauen. Unterstützen Sie uns, dieses (über-)lebenswichtige Projekt fortzuführen und weiter auszubauen! Der jährliche Spendenbedarf liegt bei ca. 35.000 Euro.

Verwendungszweck: Sport und Krebs



Erleichtern Sie das Leben mit Mukoviszidose!

Mukoviszidose ist eine unheilbare angeborene Krankheit, die zu schweren Funktionsstörungen lebenswichtiger Organe führt. Dank umfassender moderner Therapien können wir den Patient*innen mittlerweile ein hohes Maß an Lebensqualität zusichern. Auch dadurch ist die Lebenserwartung in den letzten Jahren erheblich angestiegen. Gerade Patient*innen mit dieser hochkomplexen und vielfältig herausfordernden Erkrankung brauchen viel Zeit und Zuwendung. Der jährliche Spendenbedarf liegt bei ca. 50.000 Euro.

Verwendungszweck: Mukoviszidose

Schenken Sie allen, die es schwerer haben, Ihre besondere Hilfe!

Wir freuen uns, wenn Sie uns regelmäßig unterstützen möchten! Füllen Sie dazu das Formular zum SEPA-Lastschriftmandat aus und senden Sie es unterzeichnet an unsere Postanschrift. Infos zum Datenschutz finden Sie auf der Rückseite.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ja, ich möchte helfen und unterstütze das Städtische Krankenhaus Kiel mit meiner regelmäßigen Spende!

Meine Spende (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

- ☐ Kann als freie Spende dort eingesetzt werden, wo sie am dringendsten benötigt wird
- ☐ Soll für folgendes Projekt eingesetzt werden:

Ich spende (bitte ankreuzen)

- ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährig ☐ jährlich

den folgenden Betrag (bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

- ☐
- 50 Euro
- ☐
- 20 Euro
- ☐
- 10 Euro
- ☐
- _____ Euro (bitte Betrag selbst wählen)

Dieser Betrag soll erstmals im _____ / _____ (Monat/Jahr) eingezogen werden.

Hiermit ermächtige ich das Städtische Krankenhaus Kiel, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Städtischen Krankenhaus Kiel auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name <i>(Kontainhaber)</i> Straße und Hausnummer Name des Kreditinstituts DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ IBAN Unterschrift <i>(Kontainhaber)</i>	Telefon/E-Mail <i>(optional für evtl. Rückfragen)</i> Postleitzahl und Ort ____ - ____ / ____ - ____ BIC Datum, Ort
--	--

Die Gläubiger-Identifikationsnummer des SKK lautet: DE45ZZZ00000563990

Ihre **Mandatsreferenznummer** wird Ihnen separat mitgeteilt.

Das Lastschriftmandat kann jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.