### 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: <a href="mailto:spenden@krankenhaus-kiel.de">spenden@krankenhaus-kiel.de</a>

### 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 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 Akutund Schwerpunktpunktversorgung 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 26.000 stationäre sowie ca. 46.000 ambulante Patient\*innen. 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

Folgen Sie uns auf: 😗 🗿 🔼

#### Für mein Städtisches. Weil's naheliegt.





## Spendenprojekte

Mit **Ihrer Spende** für mehr Gesundheit



Ki

## 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. Für den Rest, welcher etwa 1,5 Millionen Euro beträgt, sind wir auf Ihre Spenden angewiesen!

Verwendungszweck: Neue Palliativ

Spendenbedarf Gesamtprojekt: 1,5 Mio. Euro



#### 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 auch weiterhin anbieten.

Verwendungszweck: Klinikclowns

Jährlicher Spendenbedarf: 34.000 Euro

#### 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!

Verwendungszweck: Sport und Krebs

Jährlicher Spendenbedarf: 35.000 Euro



#### 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. Deshalb investieren wir in zusätzliche Behandlungszeit! Zudem wollen wir teure Geräte zur ambulanten Versorgung an Patient\*innen ausleihen.

Verwendungszweck: Mukoviszidose

Jährlicher Spendenbedarf: 50.000 Euro

# 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.

		tmand	

Ja, ich möchte helfen und unterstütze da meiner regelmäßigen Spende!	s Städtische Krankenhaus Kiel mi					
Meine Spende (bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)						
☐ Kann als freie Spende dort eingesetzt werde	en, wo sie am dringendsten benötigt win					
☐ Soll für folgendes Projekt eingesetzt werder	1:					
Ich spende (bitte ankreuzen)         ☐ monatlich       ☐ vierteljährlich       ☐ H	nalbjährig 🔲 jährlich					
den folgenden Betrag (bitte ankreuzen bzw. ergänzer	n)					
☐ 50 Euro ☐ 20 Euro ☐ 10 Euro ☐	Euro (bitte Betrag selbst wähler					
Dieser Betrag soll erstmals im/	(Monat/Jahr) eingezogen werder					
Hiermit ermächtige ich das Städtische Krankenhaus Kiel, Zahlungen von meinem Kontt 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, t Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es g vereinbarten Bedingungen.						
Vorname und Name (Kontoinhaber)	Telefon/E-Mail (optional für evtl. Rückfragen)					
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort					
Name des Kreditinstituts						
DE//	/					
IBAN	BIC					
Unterschrift (Kontoinhaber)	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.