

Wohnen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen oder psycho-sozialem Unterstützungsbedarf | Ambulante Betreuung | Beratung | Förderschule | Ostschule - Grundschule der Stiftung Eben-Ezer | eeWerk | Landwirtschaft | Integrationsbetrieb | Förderstätten | Medizinische, psychologische und therapeutische Dienste | Ev. Kindertageseinrichtungen und Familienzentren | Berufskolleg mit beruflichem Gymnasium | Kirchengemeinde | Integrative Cafés | Kunstwerkstatt | Haus der Vielfalt



STIFTUNG
EBEN-EZER

Diakonie für ein
Leben in Vielfalt

Stiftung Eben-Ezer | Postfach 320 | 32633 Lemgo

Frau

Sonja Peters
Mittelstr. 55
32805 Horn-Bad Meinberg

Auskunft erteilt: Imola Kalló
Telefon: 05261/215-714
Fax: 05261/215-209
E-Mail: imola.kallo@eben-ezer.de

Lemgo, den 09.07.2018

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Frau Peters,

bei Ihrem Bruder, Joachim Sünkler-Geise, steht nun der geplante Eingriff in der HNO-Klinik Bielefeld fest: 31.7.18 8.30h.

Ich bitte Sie, die beigegefügtten Einwilligungserklärungen zu unterschreiben und bald zurück zu senden.

Bei weiteren Fragen können Sie mich gerne telefonisch erreichen.

Mit freundlichen Grüßen

Imola Kalló
Ambulanz für Behindertenmedizin
Stiftung Eben-Ezer
32633 Lemgo, Postfach 320
Telefon 05261/215-351
Fax 05261/215-209
1974280

Anlage(n)

Telefon: 05261 215-0 | Telefax: 05261 215-322 | e-mail: info@eben-ezer.de | Lieferanschrift: Alter Rintelner Weg, 32657 Lemgo

• KD-Bank eG | Konto 210 633 0029 | BLZ 350 601 90 | BIC: GENODED1DKD | IBAN: DE08 3506 0190 2106 3300 29 • VerbundVolksbank OWL eG | Konto 20 115 200 | BLZ 472 601 21 | BIC: DGPBDE3MXXX | IBAN: DE06 4726 0121 0020 1152 00 • Spendenkonto: Sparkasse Lemgo | Konto 91 | BLZ 482 501 10 | BIC: WELADED1LEM | IBAN: DE53 4825 0110 0000 0000 91 • Sitz der Stiftung: Lemgo | Vorstand: Dr. Bartolt Haase, Udo Zippel | Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Arno Schilberg | Stiftungsregister Lipp. Landeskirche: 111-15 Nr. 10289 | USt-Nr.: DE125650067

Die Stiftung ist Mitglied im Deutschen Spendenrat e.V.



Einverständniserklärung Blutentnahme

Hals-, Nasen-, Ohrenklinik

Name:
Sauer-Feist
Joachim

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sollte sich ein / eine Mitarbeiter/in an einem mit Körperflüssigkeit kontaminierten Instrument, Spritze, etc. verletzen, erklären Sie sich mit einer Blutentnahme zur Abklärung einer Infektion mit Hepatitis und HIV einverstanden.

Bielefeld, den _____

X Unterschrift des / der Patient/in: _____
(oder Erziehungsberechtigten)