

Ärztlicher Befundbericht

zu dem Antrag auf finanzielle Unterstützung

Vertraulich!

Personalien	Name, Vorname	Geburtstag	Krankenkasse
	Postleitzahl, Wohnort	Straße	Kreis
Befund	Art und Sitz der Neubildung		
	Datum der Erstdiagnose		
	Stadium (TNN)		
	Kurze Befundschilderung (mit Datum)		
	Fernmetastasen		
	Komplikationen, Nebenerkrankungen		
Behandlung	Bisherige Behandlung (Art, Datum)		
	Vorgesehene Behandlung		
Prognose			
Bemerkungen			

Stempel des Arztes/der Klinik

Datum

Unterschrift

Anmerkung:

Der Krebsverband als gemeinnütziger Verein bittet, das Ausfüllen des Befundberichtes als tätige Mitwirkung in der Krebsbekämpfung zu werten und von einer Honorarforderung abzusehen. Der Krebsverband ist nicht Auftraggeber und kann keine Kosten übernehmen. Der Antragsteller hat von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.

Entscheidung des Krebsverbandes

Finanzielle Unterstützung für	Monate	EUR mtl.
Einmalige finanzielle Unterstützung		EUR
Ablehnung, Grund:	<input type="checkbox"/> Zeitablauf <input type="checkbox"/> Überschreitung der Einkommensgrenze <input type="checkbox"/> keine manifeste Krebserkrankung <input type="checkbox"/> keine Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Folgeleiden <input type="checkbox"/> Schuldenübernahme nicht möglich <input type="checkbox"/> anderes Bundesland	
_____		_____
Datum/Unterschrift		Datum/Unterschrift

┌

┐

An den

Krebsverband Baden-Württemberg e.V.
Adalbert-Stifter-Str. 105
70437 Stuttgart

└

┘