

Antrag auf Unterstützung durch die Onkolo Stiftung

Antragsteller

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vollständige Adresse

Telefon/E-Mail

Behandelnder Arzt

Name, Vorname

Vollständige Adresse

Telefon/E-Mail

Diagnose/Befund

Therapievorschlag (ausführlich als Anlage mit Kostenvoranschlag)

Beginn der Behandlung

Hiermit erkläre ich, daß ich die Behandlung aufgrund meiner wirtschaftlichen Situation nicht selbst übernehmen kann und auf die Hilfe der Onkolo Stiftung angewiesen bin.

Darüber hinaus erkläre ich mich mit der Weitergabe meiner vertraulichen Daten an die Onkolo Stiftung ausdrücklich einverstanden und entbinde meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber der Stiftung – diese Entbindung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift