

# Ärztlicher Befundbericht

zu dem Antrag auf finanzielle Unterstützung bzw. auf Weitergewährung der finanziellen Unterstützung

## Vertraulich!

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

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<br><input type="checkbox"/> Überschreitung der Einkommensgrenze<br><input type="checkbox"/> keine manifeste Krebserkrankung<br><input type="checkbox"/> keine Krebserkrankung<br><input type="checkbox"/> Folgeleiden<br><input type="checkbox"/> Schuldenübernahme nicht möglich<br><input type="checkbox"/> anderes Bundesland |                    |
| _____                               |  | _____              |
| Datum/Unterschrift                  |  | Datum/Unterschrift |

┌

┐

An den

**Krebsverband Baden-Württemberg e.V.**  
**Adalbert-Stifter-Str. 105**

**70437 Stuttgart**

└

┘