

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Härtefonds der Deutschen Krebshilfe - Ärztliche Bescheinigung

Zur Vorlage bei der Deutschen Krebshilfe (als Anlage zum „Antragsformular Härtefonds“)

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Diagnose: _____

Datum der Erstdiagnose: _____

Datum des Rezidivs: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Arztes
und Dienststempel: _____