



An die  
Deutsche Krebshilfe  
Hilfsfonds Ukraine  
Postfach 1467  
53004 Bonn

## Antrag auf einmalige Unterstützung aus dem Hilfsfonds der Deutschen Krebshilfe für Angehörige von in Deutschland behandelten Krebspatienten aus der Ukraine

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per E-Mail an [ukraine@krebshilfe.de](mailto:ukraine@krebshilfe.de) oder per Post an obige Adresse. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

---

### 1. Onkologisches Zentrum (Antragsteller)

---

Titel, Vorname, Name (Arzt):

Institution:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

---

### 2. Name Krebspatient; Adresse Krebspatient (falls abweichend von 1.)

---

Titel, Vorname, Name:

Patienten-/Fall-Nummer:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Geschlecht:       Männlich       Weiblich       Divers

---

### 3. Folgende Angehörige begleiten den Krebspatienten in Deutschland

---

Vorname, Name des Angehörigen	Geb.-Datum:	Verwandtschaftsverhältnis:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

---

### 4. Kostenschätzung für bereits angefallene und entstehende Reise- und Aufenthaltskosten sowie sonstige Kosten für begleitende Personen des Krebspatienten

---

_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
_____	Euro
<b>Summe:</b>	Euro

---

### 5. Beizufügen ist folgende Unterlage:

---

- Eine aktuelle, deutsche ärztliche Bescheinigung über die Krebserkrankung und Therapie (Anlage)

---

## 6. Deutsche Bankverbindung des Krebszentrums oder eines Angehörigen

---

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN-Nr.: \_\_\_\_\_

Name und Ort des Geldinstituts: \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

---

## 7. Unterschrift des zertifizierten Onkologischen Zentrums

---

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- es sich bei den vorgenannten Personen um einen ukrainischen Krebspatienten in Akutbehandlung und ukrainische Angehörige handelt, die den/die Betroffenen während der Behandlung in Deutschland begleiten (werden),
- die obigen Angaben richtig und vollständig sind,
- die Zuwendung an den /die Angehörigen des Krebspatienten überwiesen/ausgezahlt wird.

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Dienststempel: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Arzt: \_\_\_\_\_

---

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

---

Die von Ihnen uns zur Verfügung gestellten personenbezogenen – zum Teil auch sensiblen Daten – verarbeiten wir gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Artikel 6 Abs. 1 „Rechtmäßigkeit der Verarbeitung“ und Artikel 9 Abs. 2 (a) „Ausdrückliche Einwilligung“ und Abs. 2 (b) „Verarbeitung zur Unterstützung in Notfällen“.

Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist die Stiftung Deutsche Krebshilfe, Buschstr. 32, 53113 Bonn. Dort erreichen Sie auch unseren Datenschutzbeauftragten.

Im Falle einer Ablehnung Ihres Antrages werden alle personenbezogenen Daten, angefertigten Kopien gelöscht und vernichtet. Bei einer Genehmigung werden Ihre personenbezogenen Daten nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert. Anschließend erfolgt die Vernichtung beziehungsweise Anonymisierung Ihrer sämtlicher uns zur Verfügung gestellten Daten.

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift erkläre ich mich einverstanden in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten in meinem Antrag. Des Weiteren gebe ich meine **ausdrückliche Einwilligung** in die Verarbeitung besonders sensibler Daten wie zum Beispiel gesundheitliche Angaben und beigelegter Dokumente.

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen kann. In diesem Falle werden alle Daten und vorhanden Unterlagen – soweit möglich – vernichtet oder anonymisiert.

Weitere Informationen unter anderem zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigungen und Beschwerden erhalten Sie unter [www.krebshilfe.de/datenschutz](http://www.krebshilfe.de/datenschutz)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Krebspatienten/Angehöriger: \_\_\_\_\_