

Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V.

Gemeinnütziger Verein
Postanschrift: Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Tel.: 0228 33889-280, Fax: 0228 33889-288
E-Mail: info@kopf-hals-mund-krebs.de

-Aufnahmeantrag-

(bitte in Blockschrift ausfüllen und zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich ab dem (Datum): die Aufnahme in das Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-Mund-Krebs. e.V.

Landesverband: SHG:

Straße: PLZ: Ort:

Tel.: E-Mail:

als Betroffener als förderndes Mitglied als Angehöriger

Name: Vorname:

Straße: PLZ: Ort:

Tel.: E-Mail:

Geburtsdatum: Krankenkasse:

Behandlungsort und Klinik:

.....

Anmerkung: Die Beantwortung der medizinischen und den Beruf betreffenden Fragen ist freiwillig

Art der Erkrankung (z.B. Rachen- oder Zungenkrebs):

.....

Behandlungsdatum:

Behandlungsmethode (zutreffendes bitte ankreuzen):

Operation Bestrahlung Chemotherapie Kombi-Therapie Sonstige

Ausgeübter Beruf: Jetziger Beruf:

Ort,

Datum,

Unterschrift

Nach der neuen DSGVO-Verordnung, die am 25.05.2018 in Kraft getreten ist, sind wir verpflichtet, Ihr Einverständnis zur Speicherung von personenbezogenen Daten uns bestätigen zu lassen. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihr Einverständnis. Widerruf der Einwilligung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO): Eine Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dazu reicht bspw. eine formlose E-Mail oder eine Mitteilung per Post an uns. Der Widerruf der Einwilligung beseitigt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung nicht rückwirkend.