



Antrag auf ordentliche Mitgliedschaft (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e.V. Ich bin

selbst Betroffene/r Angehörige/r, und zwar _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich nehme an einer Selbsthilfegruppe (SHG) aktiv teil: nein ja, Ort der SHG: _____

HINWEIS: die Teilnahme an einer SHG ist für die Aufnahme als Mitglied im Selbsthilfenetzwerk nicht erforderlich!

Die Beantwortung der nun folgenden medizinischen und den Beruf betreffenden Fragen ist freiwillig!

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

Behandlungsdatum: _____

Behandlungsort und Klinik _____

Durchgeführte Behandlungsmethode(n): Operation Bestrahlung Chemotherapie Kombi-Therapie

Sonstiges, und zwar: _____

Aktueller Status der Erwerbstätigkeit: Erwerbsminderungsrente reguläre Rente berufstätig

Mein(e) erlernter(n) Beruf(e): _____

Aktuell ausgeübter Beruf/Tätigkeit: _____

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.