

# (Fax-)Anforderungsformular

## Strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) für Brustkrebs

**An:** \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse  
(Bitte verwenden Sie ausschließlich die entsprechende Faxnummer von der Rückseite!)

**Von:** Praxisstempel

### ANGABEN DES ARZTES:

- Patientin nimmt am Behandlungsprogramm Brustkrebs teil
- Patientin nimmt nicht am Behandlungsprogramm Brustkrebs teil

### ERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN:

Ja, ich bin damit einverstanden, dass Sie mir Informationsmaterial zum Thema Brustkrebs zusenden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Arzt / Krankenhaus

**Bitte verwenden Sie für dieses Formular ausschließlich die hier aufgeführten zentralen Faxnummern!**

<b>Name der Krankenkasse:</b>	<b>Zentrale Faxnummer:</b>
AOK NordWest	0800 / 2652 504906
BARMER	0800 / 333 00 92
KNAPPSCHAFT	0234 / 304 - 87248
DAK-Gesundheit	040 / 33470975000
HEK – Hanseatische Krankenkasse	040 / 656 96 - 5410
Handelskrankenkasse	0421 / 3655 - 1298
IKK – Die Innovationskasse	0395/ 4509 129
Kaufmännische Krankenkasse - KKH	0511 / 28 02 34 99
Techniker Krankenkasse	040 / 46 06 626 149

**Für Versicherte der teilnehmenden BKKen können kostenlose Informationspakete über eine zentrale Telefonnummer angefordert werden:**

Teilnehmende Betriebskrankenkassen	TELEFONNUMMER 030/ 212336-114 (montags bis freitags von 10 bis 16 Uhr)
------------------------------------	--