

(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!

Name der Krankenkasse:	Zentrale Faxnummer:
AOK NordWest	0800 / 2652 506872
BARMER	0800 / 333 004 327 499
KNAPPSCHAFT	0234 / 304 - 87248
DAK-Gesundheit	040 / 33470975000
HEK – Hanseatische Krankenkasse	040 / 656 96 - 5410
Handelskrankenkasse	0421 / 3655 - 1298
IKK Nord	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)
------------------------------------	--