

Antragsformular

Wenn Sie Unterstützung bei der Finanzierung einer medizinischen Maßnahme oder eines Hilfsmittels benötigen, treten Sie über das Antragsformular mit uns in Kontakt. Jede Anfrage wird vom Stiftungsvorstand gewissenhaft geprüft, vertraulich behandelt und in angemessener Zeit beantwortet. Sollten Sie Ihre Krankengeschichte und Krankenunterlagen nur Personen offenbaren wollen, die unter ärztlicher Schweigepflicht stehen, geben Sie uns bitte einen entsprechenden Hinweis. In diesem Fall reichen Sie uns bitte diese Unterlagen in einem gesonderten Umschlag ein. Der Umschlag wird direkt an unsere Vorstandsmitglieder Herrn Prof. Dr. med. Bernward Ulrich und Frau Apothekerin Johanna Ingeborg Richter weitergeleitet.

TUT GUT
IN DÜSSELDORF.

BREUCKER
STIFTUNG

Ursula Goertz
Schloßstraße 44
40477 Düsseldorf
Fax: 0211 2396456

Nachname _____ Vorname _____
1. Familienname _____ 2. Vorname _____
Straße, Nr. _____ Geburtsdatum _____
PLZ, Ort _____ Geschlecht männlich weiblich
Telefon / Fax _____ E-Mail-Adresse _____

Art der Erkrankung / Behinderung

Behandelnder Arzt _____

(Name, Adresse) _____

Welche Behandlungen / Hilfsmaßnahmen wurden bisher durchgeführt?

Dauer der Behandlung bzw. Hilfsmaßnahme

Besserung keine kaum etwas deutlich

Welche medizinisch begründeten Maßnahmen / Hilfsmittel beantragen Sie?

Bemerkungen

Datum / Unterschrift _____