

Antragsformular – Seite 1 –

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 unseren medizinischen Vorstand weitergeleitet.

Alle weiteren Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gem. Art. 13 DSGVO erfahren Sie unter: <https://breucker-stiftung.de/datenschutz.html>

TUT GUT
IN DÜSSELDORF.
BREUCKER
STIFTUNG

Nur Postanschrift:
HANS ELSBETH KÄTE
BREUCKER STIFTUNG
Kennedydamm 55
40476 Düsseldorf

www.breucker-stiftung.de
info@breucker-stiftung.de

ANTRAG FÜR

Nachname _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Tel. / Fax _____

Geschlecht

E-Mail-Adresse _____

männlich weiblich anderes

ANGABEN ZUM **ANTRAGSTELLER** (FALLS ABWEICHEND VON OBEN).

Nachname _____

Vorname _____

Adresse _____

Tel./E-Mail _____

WEITERE ANGABEN

Art der Erkrankung /Behinderung _____

Behandelnder Arzt (Name, Adresse) _____

Welche Behandlungen / Hilfsmaßnahmen wurden bisher durchgeführt?

Welche medizinisch begründeten Maßnahmen / Hilfsmittel beantragen Sie?

Bemerkungen _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____



Hinweis: Bitte unterschreiben Sie die angehängte datenschutzrechtliche Einwilligung auf der zweiten Seite, da wir Ihren Antrag ohne Ihre Einwilligung nicht bearbeiten können.

Nur Postanschrift:
HANS ELSBETH KÄTE
BREUCKER STIFTUNG
Kennedydamm 55
40476 Düsseldorf

www.breucker-stiftung.de
info@breucker-stiftung.de

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich willige gem. Art. 6 Abs. 1 a DSGVO ein, dass meine Angaben aus dem Antragsformular zur Beantwortung meiner Anfrage erhoben und verarbeitet werden.

Ich willige außerdem gem. Art. 9 Abs. 2 a DSGVO in die Verarbeitung meiner von mir in diesem Antragsformular freiwillig angegebenen Gesundheitsdaten durch die BREUCKER-STIFTUNG ein.

Hierzu zählen auch Angaben, die ich ergänzend auf dem beiliegenden Flyer angekreuzt habe.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Prüfung meines Antrags zur Unterstützung von Finanzierungsmöglichkeiten medizinischer Maßnahmen verarbeitet werden. Ich habe mich über die Verarbeitung meiner Daten unter <https://breucker-stiftung.de/datenschutz.html> informiert und bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit, kostenfrei und ohne die Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift
