

# Fax-Anforderung

## Strukturiertes Behandlungsprogramm 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

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

Name der Krankenkasse:	Zentrale Faxnummer:
AOK Rheinland/Hamburg	02131/293-170
BARMER	0211/3885-2190
BKK Landesverband Nordwest	0201/179-1671
KNAPPSCHAFT	0234/97838-80021
DAK	0180/329325-534088
HEK	0211/9060798
HKK	0421/3655401
IKK classic	02204/912 – 470297
KKH	0511/2802-1399
SVLFG	0211/3387-454
TK	040/46067676