



Aufmerksam auf Krebsliga GR durch  Hausarzt  Spital  Familie/Freunde  Internet  andere \_\_\_\_\_

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Zivilstand	
Adresse			
Tel.-Nr.		E-Mail	
Berufl. Tätigkeit	Arbeitgeber		Aufenthaltsbew.
Sozialvers.-Nr.		Indiv. Prämienverbilligung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Oblig. Krankenkasse _____		Invaliden-Rente <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein	
Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein		AHV-Rente <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein	
Krankentaggeld <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein		Pensionskassenrente <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein	
		Ergänzungsleistungen <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein	
Finanzielle Gesuche bei anderen Institutionen/Stiftungen		Beratung bei anderen Institutionen	

## Diagnose

Erstdiagnose am	Arbeitsunfähig seit
Hausarzt	Facharzt/Onkologe

Operation/Therapie

IBAN-Nr./PC und Name Kontoinhaber

Weitere Informationen

## Ehefrau/Ehemann - Partnerin/Partner

Name	Vorname
Geburtsdatum	Zivilstand
Berufl. Tätigkeit	Arbeitgeber

## Unterstützungspflichtige Kinder

Geburtsjahr	Ausbildung
Geburtsjahr	Ausbildung
Geburtsjahr	Ausbildung

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Personendaten zum Zwecke der weiteren Verarbeitung durch die Krebsliga sowie für die notwendigen Auswertungen und Abrechnungen wie z.B. mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen verwendet werden dürfen.**

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgetreu und aktuell sind

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klientin/Klient