

Mutter-Kind-Hilfswerk e.V.

Dr.-Emil-Brichta-Straße 1
94036 Passau
Info-Telefon: 0851 49060-388
kur@rvfs.de
www.mutter-kind-hilfswerk.de



Fragebogen: Schwerpunktcur „zusammen stark werden“

(bitte komplett ausfüllen, bzw. zutreffendes ankreuzen)

Personalien des/der Antragstellers/Antragstellerin		
Name:	Geburtsdatum:	
Vorname:		
Telefon:	E-Mail:	
Angaben zum Kind/zu den Kindern		
Name:	Geburtsdatum:	
Name:	Geburtsdatum:	
Name:	Geburtsdatum:	
Name:	Geburtsdatum:	
Die Kinder sind über die Krebserkrankung informiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Angaben zur Krebserkrankung		
Antragsrelevante Krebserkrankung:		
Metastasen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wo?
Gab es eine OP?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wann?
Ende der Chemotherapie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann?
Ende der Bestrahlungstherapie:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann?
Abschluß der kompletten Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann?
Herceptinbehandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bis wann?
Sonstiges:		
Ort, Datum		Unterschrift

Wird von der Klinik ausgefüllt:	
Datum	bearbeitet von: