



AG Onkologische Bewegungsmedizin (Leitung Prof. Dr. Freerk Baumann Universitätsklinikum Köln (AöR) Kerpener Str. 62 | 50937 Köln CIO-Gebäude 70 Telefon: 0221 478-42643 Telefax: 0221 478-97191

Einverständniserklärung für den Antrag auf Kostenübernahme für die "Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie (OTT®)"



Hiermit erkläre ich,

(Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers)

mich einverstanden, dass die Arbeitsgemeinschaft "Onkologische Bewegungsmedizin", aufgrund meiner gewünschten Teilnahme an der Onkologischen Trainings- und Bewegungstherapie, einen Antrag auf Kostenübernahme für die "Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie (OTT)" bei meiner Krankenkasse stellen darf.

Diese Zustimmung erfolgt freiwillig.

Die aufgeführten Daten dürfen für den Antrag der Kostenübernahme für die "Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie (OTT)" genutzt werden:

Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Versicherungsgesellschaft:	
Versichertennummer:	
Falls zutreffend, stellen wir auch gerne direkt eine	n Antrag bei Ihrer Beilhilfestelle:
Beihilfestelle:	
Beilhilfenummer:	
Diagnose oder ICD-Nummer:	
Ich weiß, dass ich die Möglichkeit habe, meine Tei jederzeit und ohne Angaben von Gründen abzubre	Inahme in der Onkologischen Trainings- und Bewegungstherapie echen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.
(Ort. Datum)	(Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers)