



## Financiële steun: checklist

---

### **Standaard documenten:**

- Medisch attest (max 12 maand oud)
- Gezinsamenstelling (max 12 maand oud)
- Kopie bankkaart (van de “begunstigde” persoon die de tegemoetkoming van Stichting tegen Kanker zal ontvangen)
- Bewijs van inkomen van ieder gezinslid
- Facturen van medische kosten in verband met kanker
- GDPR-document

### **Indien patiënt overleden is** (dossier kan ingediend worden tot max 6 maand na overlijden):

- Akte van overlijden
- Verklaring van erfgenamen

### **Indien patiënt in schuldbemiddeling is**

- Certificaat schuldbemiddeling

Indien u nog bijkomende vragen heeft over deze vereiste documenten, aarzel dan zeker niet contact op te nemen met **Kankerinfo** via [kankerinfo@stichtingtegenkanker.be](mailto:kankerinfo@stichtingtegenkanker.be)



Stichting  
tegen Kanker  
Samen voor het leven

## MEDISCH ATTEST

### GEGEVENS VAN DE PATIËNT:

Gelieve dit document in hoofdletters in te vullen en terug te sturen naar:

Stichting tegen Kanker

Ter attentie van Dr. M. Goossens

Leuvensesteenweg 479 - 1030 Brussel

Naam: .....

Voornaam: .....

Geboortedatum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Geslacht:

man

vrouw

### MEDISCHE GEGEVENS:

Type kanker (zie ICD 9 –codes op achterkant): .....

Naam Specialist/Huisarts:

.....

· **Welke behandeling(en) heeft uw patiënt ondergaan tijdens de afgelopen 12 maanden:**

Chirurgie

Chemotherapi

e

Radiotherapie

Andere:.....

· **Datum van de laatste behandeling:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

**Datum diagnose:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

· **Huidige medische toestand:**

In behandeling

Palliatief

Herval

Terminale fase

In remissie

Overleden : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

· **Bemerkingen en prognose:**

.....

.....

Handtekening en stempel van de behandelende arts/ huisarts :

Datum:

<b>ICD 9 Code</b>	<b>140</b> Lip
	<b>141</b> Tong
	<b>142</b> Speekselklieren
	<b>143</b> Mondbodem
	<b>144</b> Mondholte
	<b>145</b> Orofarynx
	<b>146</b> Nasofarynx
	<b>147</b> Hypofarynx
	<b>148</b> Farynx Z.N.A.*
	<b>150</b> Slokdarm
	<b>151</b> Maag
	<b>152</b> Dunne Darm
	<b>153</b> Dikke Darm
	<b>154</b> Rectum
	<b>155</b> Lever (primaire tumor) - Galblaas - Galwegen
	<b>156</b> Levermetastasen
	<b>157</b> Pancreas
	<b>158</b> Peritoneum - Retroperitoneaalweefsel
	<b>159</b> Spijsverteringsstelsel Z.N.A.*
	<b>160</b> Neus - Sinus - Oor (midden- en binnenoor)
	<b>161</b> Larynx
	<b>162</b> Long - Trachea - Bronchus - Pleura
	<b>163</b> Long - Z.N.A.* primaire tumor of metastasen
	<b>164</b> Mediastinum
	<b>165</b> Long - Trachea - Bronchus - Pleura (metastasen)
	<b>170</b> Borst
	<b>171</b> Baarmoederhals
	<b>172</b> Baarmoederlichaam
	<b>173</b> Andere delen van de uterus
	<b>174</b> Uterus Z.N.A.*
	<b>175</b> Ovarium - Tuba - Ligamentum latum
	<b>176</b> Andere vrouwelijke geslachtsorganen
	<b>177</b> Prostaat
	<b>178</b> Zaadbal
	<b>179</b> Andere mannelijke geslachtsorganen
	<b>180</b> Nier - Ureter
	<b>181</b> Blaas - Urethra
	<b>190</b> Huid: melanoma
	<b>191</b> Huid: andere huidtumoren
	<b>192</b> Oog
	<b>193</b> Zenuwstelsel

**194** Schildklier

**195** Andere endocriene klieren

**196** Beenderen

**197** Bindweefsel

**198** Metastasen t.h.v. lymfeknopen

**199** Andere of niet gekende localisaties

**200** Reticulosarcoma - Lymfosarcoma - Lymfoom Z.N.A.\*

**201** Ziekte van Hodgkin

**202** Andere vormen van lymfoom

**203** Multipel myeloom

**204** Leukemie

**205** Mycosis fungoïdes

\* Z.N.A. = Zonder Nadere Aanduidingen



### GDPR document

**Volgens de EU-regels, de algemene verordening gegevensbescherming moet dit document absoluut aan het dossier worden toegevoegd.**

Ik ondergetekende de heer / mevrouw ..... (naam + voornaam patiënt, erfgenaam of ouder voor een kind ) geef de toestemming aan de heer / mevrouw ..... (achternaam + voornaam MW) om mijn medisch-sociale en financiële informatie te delen met Stichting tegen Kanker, in het kader van een aanvraag voor financiële ondersteuning.

Ik verklaar kennis te hebben genomen, dat mijn gegevens alleen worden gebruikt als onderdeel van mijn aanvraag voor financiële ondersteuning en worden verwijderd 2 jaar na de datum van aanvraag. Met uitzondering van de anonieme gegevens, die voor statistische doeleinden worden gebruikt.

Datum en handtekening van de patiënt, erfgenaam of ouder voor een kind:

Datum en handtekening van mevr/mr .....  
maatschappelijk werker van ..... (naam van de organisatie)



Dossiernummer .....

Ik, ondergetekende mevrouw / meneer .....

.....

erfgenaam van mevrouw / meneer .....

.....

Geef de toestemming aan Stichting tegen Kanker om een mogelijke financiële tegemoetkoming te storten op rekeningnummer .....

.....op naam van Mevr/ Mr

.....

Datum :.....

Handtekening :.....