

Name und Anschrift  
des/der Versicherten \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Name und Anschrift  
der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

## Anfrage auf Erstattung der Impfung gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich, \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_ ,  
habe mich am \_\_\_\_\_ auf ärztliches Anraten hin gegen  
RSV impfen lassen.

Indikation:  maternale Immunisierung  Altersgruppe 60+

In der Anlage zu diesem Schreiben finden Sie die Rechnung(en)

für den verwendeten Impfstoff  über die ärztliche Leistung.

Angefallene Gesamtkosten inkl. MwSt.: \_\_\_\_\_ €

Ich bitte Sie um Erstattung der entstandenen Kosten auf das folgende Konto:

IBAN

BIC

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Name \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_