

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 _____,
möchte mich nächstmöglich auf ärztliches Anraten hin gegen RSV impfen lassen.

Indikation: maternale Immunisierung Altersgruppe 18-59

Die Kosten für den Impfstoff werden sich voraussichtlich auf 218,06 €* belaufen.
Hinzu kommt die ärztliche Leistung.

Ich bitte um Ihre verbindliche Antwort, inwieweit Sie die anfallenden Kosten für den
Impfstoff und die ärztliche Leistung übernehmen.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen,

Name _____ Unterschrift _____