

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

Ärztliche Begründung:

Die Kosten für den Impfstoff werden sich voraussichtlich auf 223,37 €* 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
