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 18-59

Ärztliche Begründung: _____

_____

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 _____

Anlage: Originalrechnung(en)