

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Versichertennummer
des Kindes: _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Datum: _____

Anfrage nach Erstattung der Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Grund der ärztlichen Empfehlung unserer Ärzte _____
möchte ich unsere Tochter/unsere(n) Sohn

geboren am _____

baldmöglichst gegen obige schwere Erkrankung impfen lassen.

Die Kosten für den Impfstoff werden sich auf _____ x 108,34 Euro belaufen. Hinzu kommt die
ärztliche Leistung.

Ich bitte um Ihre verbindliche Antwort, inwieweit Sie die anfallenden Kosten für diese
Vorsorgemaßnahme bei unserer Tochter/ unserem Sohn übernehmen.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Name Unterschrift