

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