

Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Name

Straße

PLZ Ort

Telefonnummer (tagsüber erreichbar unter)

Versichertennummer

Datum

Antrag auf Kostenerstattung der Meningokokken-B-Schutzimpfung

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser behandelnder Arzt hat uns aktuell darüber aufgeklärt, dass die Schutzimpfung gegen Meningokokken vom Typ B für unser Kind angezeigt ist.

Daher möchten wir unseren Sohn/unsere Tochter

geboren am

gegen Meningokokken der Serogruppe B impfen lassen.

Viele Krankenkassen übernehmen diese Impfung/Impfserie bereits, daher bitten auch wir um eine schriftliche Bestätigung, dass auch Sie die entstehenden Kosten nach Vorlage der Rechnung(en) erstatten:

	Gebühren [€] je Impfung	Anzahl Impfungen	Summe [€]
Ärztliches Honorar			

	Sachkosten [€] je Impfung	Anzahl Impfungen	Summe [€]
Impfstoff gegen Meningokokken B			

Gesamt- betrag [€]

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung!

Freundliche Grüße