

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ-Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ-Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Kostenübernahme der Impfung gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Grund der ärztlichen Empfehlung von \_\_\_\_\_

möchte ich \_\_\_\_\_,

geboren am \_\_\_\_\_ mich baldmöglichst gegen RSV impfen lassen.

### Medizinische Begründung:

Ich bitte um Ihre verbindliche Antwort, inwieweit Sie die anfallenden Kosten für diese Vorsorgemaßnahme übernehmen. Gegebenenfalls bitte ich um Prüfung einer Einzelfallentscheidung.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift