Name: _____

Straße: _____

PLZ-Ort: _____

Telefonnummer: _____

Versichertennummer: _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ-Ort: _____

Datum: _____

Antrag auf Erstattung der Kosten für die Impfung gegen RSV

Sehr geehrte Damen und Herren,

die STIKO hat die RSV-Impfung zur Standardimpfung für Erwachsene ab 75 Jahren und zur Indikationsimpfung für Erwachsene im Alter von 60 und 74 Jahren mit Risikofaktoren erklärt (Epid Bull 32/2024). Daher habe ich mich auf ärztliche Empfehlung am _____ gegen RSV impfen lassen.

In der Anlage zu diesem Schreiben finden Sie die Rechnung für die Impfung mit der Bitte um Erstattung der dadurch entstandenen Kosten auf das folgende Konto:

IBAN

BIC

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlagen:

- ○ Originalrechnung / Originalrezept
- ○ Kopie Ihrer positiven Rückmeldung zu meinem Antrag auf Kostenübernahme vom _____.

493161PD002A NP-DE-RSA-LTR-230002 09/2024