

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. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift