Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Versichertennummer: _____

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 _____
möchten wir unsere Tochter/unseren 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, in wie weit Sie die anfallenden Kosten für diese Vorsorgemaßnahme bei unserer Tochter/unseres Sohn übernehmen.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Name

493151PD010B DE/BEX/0047/16 08/16