

Name:

Straße:

PLZ Ort:

Telefonnummer:

Vers. Nr.....

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 die obige schwere Erkrankung impfen lassen.

Die Kosten für den Impfstoff werden sich aufx 113,40 Euro bzw. 124,30 Euro belaufen. Hinzu kommt die ärztliche Leistung.

Ich bitte um Ihre verbindliche Antwort, inwieweit Sie die anfallenden Kosten für diese Vorsorgemaßnahme bei unserer Tochter/unserem Sohn übernehmen.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Name: