

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 Dr. Weiser/ Dr. Buschmann-Prayon möchten wir unsere Tochter/unseren Sohn

geboren am

baldmöglichst gegen obige schwere Erkrankung impfen lassen.

Die Kosten für den Impfstoff werden sich auf rund 3 x 110 Euro belaufen (je nach Tagespreis des Impfstoffs). 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. Ein Schreiben bzgl. der medizinischen Notwendigkeit dieser Impfung durch unsern Kinderarzt haben wir beigelegt.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name; Datum