

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