



GEMEINSAM
GEGEN **RSV**

Kindesname:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel. - Nr.:

Versichertennummer des Kindes:

Krankenkasse:

Straße:

PLZ, Ort:

Datum:

Antrag: Erstattung der Kosten für die Immunisierung gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)

Sehr geehrte Damen und Herren,

am [] wurde unsere Tochter/unser Sohn
geboren am [], aufgrund einer ärztlichen Empfehlung
gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) immunisiert.

Ggf. Verordnungsbegründung:

Diesem Schreiben liegt die Rechnung für die Immunisierung sowie das Arzthonorar bei.
Ich bitte um eine Erstattung der entstanden Kosten auf folgendes Konto:

KONTOINHABER:

IBAN:

BIC:

GESAMTSUMME:

Mit freundlichen Grüßen

Name

Unterschrift