

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Tel. -Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer
des Kindes: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Datum: _____

Anfrage: Erstattung der Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen ACWY

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser Arzt _____ hat uns eine Empfehlung für eine Impfung ausgesprochen. Daher möchten wir unseren Sohn/unsere Tochter _____ geboren am _____ gegen die Erkrankung impfen lassen.

Bitte senden Sie mir eine verbindliche Antwort zu einer möglichen Kostenübernahme der oben genannten Vorsorgemaßnahme für unseren Sohn/unsere Tochter.

Mit freundlichen Grüßen

Name Unterschrift