*Name:* _____

*Straße:* _____

*PLZ Ort:* _____

*Telefonnummer:* _____

*Versichertennummer:* _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Datum: _____

**Antrag auf Erstattung der Kosten für die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben unsere Tochter/unseren Sohn _____,

geboren am _____,

auf ärztliche Empfehlung von Dr. Özgür Dogan

am _____

wegen des noch nicht ausgereiften Immunsystems bei jungem Alter; möglichem Tod bzw. Behinderung bei Erkrankung

gegen Meningokokken der Serogruppe B impfen lassen.

In der Anlage zu diesem Schreiben finden Sie die Rechnung für die ___ Dosis der Impfserie mit der Bitte um Erstattung der dadurch entstandenen Kosten auf das folgende Konto:

IBAN

BIC

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Name

Anlage: Originalrechnung