Name, Vorname Adresse Wohnort

*(Hier tragt ihr euer zuständiges Landesversorgungsamt ein)*

**Landschaftsverband Rheinland**
Dezernat Soziales
Dezernat Schulen, Inklusionsamt, Soziale Entschädigung
50663 Köln

 Ort, den ……..2024

Betreff: Übernahme von Diagnose- und Laborkosten zur Feststellung eines Impfschadens

 *Bearbeitungsnummer/ Aktenzeichen*

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich, gemäß dem Erlass vom MAGS vom 24.05.2024, von meinem Recht auf Übernahme der Diagnosekosten, die zur Anerkennung eines Impfschadens dienen, Gebrauch machen. (Ich habe bereits einen Antrag auf Anerkennung des Impfschadens gestellt Akz:…….)

Anbei die Auflistung der mir entstandenen kosten.

Maßnahmen zur Diagnostik

Dr. XY XXXX,xx €

Dr. Z XXX,xx €

Gutachten

Dr. XY XX,xx €

Laborkosten

Labor XXX vom …. XX,xx €

Labor XXX vom ….. XXX,xx €

Reise- und Übernachtungskosten im Zusammenhang

Krankenhaus XY, xy km XX,xx €

Klinik XY, xy km XX,xx €

Hotel XY XXX,xx €

**Gesamtkosten**  XXXX,xx €

Bitte überweisen Sie mir den Betrag auf mein Konto:

Name des Kontoinhabers

Bank:

BIC: …..

IBAN: DE…..

Mit freundlichen Grüßen

Anlage: Diagnosekosten, Laborkosten, Reisekosten……