



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,
unser Arzt/unsere Ärztin

hat uns eine Empfehlung zur passiven Immunisierung gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) ausgesprochen.

Ggf. Verordnungsbegründung:

Daher möchten wir unseren Sohn/unsere Tochter ,
geboren am , zur Prävention der Erkrankung immunisieren 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