



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



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 [REDACTED] wurde unsere Tochter/ unser Sohn  
geboren am [REDACTED], 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 entstandenen Kosten auf folgendes Konto:

KONTOINHABER:

IBAN:

BIC:

GESAMTSUMME:

Mit freundlichen Grüßen

Name

Unterschrift