

ANTRAG

AUF ERSTATTUNG VON IMPFKOSTEN



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUR PERSON		Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:	
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
Ich beantrage die Impfkostenerstattung für:		Bitte fügen Sie immer die Rechnungen und Rezepte bei.
<input type="checkbox"/> mich	<input type="checkbox"/> meinen Ehegatten: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mein Kind: <input type="text"/>
Folgende ärztlich empfohlenen/von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Impfungen wurden durchgeführt:		
<input type="checkbox"/> Cholera	<input type="checkbox"/> FSME	<input type="checkbox"/> Gelbfieber
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Influenza
<input type="checkbox"/> Meningokokken	<input type="checkbox"/> Tollwut	<input type="checkbox"/> Typhus
<input type="checkbox"/> Japanische Enzephalitis	<input type="checkbox"/> Gripeschutz	<input type="checkbox"/> Gebärmutterhalskrebs
<input type="checkbox"/> Malaria Prophylaxe	<input type="text"/>	Bitte die genaue Reiseregion angeben (z. B. Indien, Mumbai)
Die Impfung wurde durchgeführt aufgrund eines geplanten Auslandsaufenthaltes.		
<input type="checkbox"/> ja	Reiseland: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beruflich
<input type="checkbox"/> nein		
1.1 KONTODATEN		Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:
Name der Bank:		
IBAN:	<input type="text"/>	BIC: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten	

Hinweis: Um die Kosten für die Impfung(en) erstatten zu können, muss zum Zeitpunkt der Antragsstellung eine ungekündigte Mitgliedschaft bei der BKK VDN bestehen!