

Name und Adresse
des Versicherten/
der Versicherten ⁽¹⁾

Telefonnummer ⁽²⁾

Versichertennummer ⁽³⁾

Name und Anschrift
der Krankenkasse ⁽⁴⁾

Datum ⁽⁵⁾ _____

Anfrage auf Erstattung der Impfungen gegen Meningokokken der Serogruppe B:

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten unsere Tochter/unsere(n) Sohn _____ ⁽⁶⁾

geb. am _____ ⁽⁷⁾ baldmöglichst gegen Meningokokken der Serogruppe B impfen lassen.

Grund der Impfung ⁽⁸⁾

Ärztliche Empfehlung

Reise

CRM-Empfehlung der
MenB-Impfung für Reisen*

Die Kosten für den Impfstoff werden sich **pro Impfung auf 113,36 Euro** belaufen.
Hinzu kommt die ärztliche Leistung.

Ich bitte um Ihre verbindliche Antwort, inwieweit Sie die anfallenden Kosten für diese
Vorsorgemaßnahme bei unserer Tochter/ unserem Sohn übernehmen. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift ⁽⁹⁾



Deutsch

Sie möchten Ihr Kind gegen Meningokokken B impfen lassen. Sie können dieses Formular verwenden, um bei Ihrer Krankenkasse anzufragen, ob sie die Kosten für die Impfungen übernimmt. Gehen Sie wie folgt vor: Füllen Sie dieses Formular vollständig aus und schicken es zur Bearbeitung an Ihre Versicherung. Ihre Krankenkasse wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen, um die Kostenübernahme zu besprechen. Sollte Ihre Krankenkasse die Kosten übernehmen, werden Sie für die Kosten zunächst einmal in Vorleistung gehen müssen und diese nach Einreichung zurückerstattet bekommen.



Englisch

You would like to have your child vaccinated against meningococcal B. You can use this form to ask your health insurance company whether they will cover the costs of the vaccinations. Proceed as follows: Fill out the form completely: (1) your name and address, (2) your telephone number, (3) the insurance policy number of your child, (4) name and address of your health insurance, (5) date, (6) name of your child, (7) your child's day of birth, (8) reason of vaccination (please tick: medical recommendation; or Travel), (9) signature. Your health insurance company will contact you to discuss whether they will cover the costs. If your health insurance covers the costs, you will have to pay for the costs in advance and will be reimbursed after submission.



Türkisch

Çocuğunuzun meningokok B'ye karşı aşılmasını isteyebilirsiniz. Sağlık sigortası şirketinize aşılama masraflarını karşılayıp karşılamayacağını sormak için bu formu kullanabilirsiniz. Şu şekilde ilerleyin: Formu eksiksiz doldurun: (1) Adınız ve adresiniz, (2) telefon numaranız, (3) çocuğunuzun sigorta poliçesi numarası, (4) sağlık sigortanızın adı ve adresi, (5) tarih, (6) çocuğunuzun adı, (7) çocuğunuzun doğum tarihi, (8) aşılama nedeni (lütfen birini işaretleyin: tıbbi tavsiye veya seyahat), (9) imza. Sağlık sigortası şirketiniz masrafları karşılayıp karşılamadığını görüşmek için sizinle iletişime geçecektir. Sağlık sigortası şirketinizin masrafları karşılaması durumunda siz masrafları önceden ödeyecek ve ödeme ile ilgili belgeleri gönderdikten sonra geri ödeme alacaksınız.

Arabisch



يمكنك استخدام هذا النموذج للاستفسار من شركة التأمين الصحي التي (MenB). قد ترغب في أن يحصل طفلك على لقاح المكورات السحائية المجموعة ب تتعامل معها إذا كانت ستغطي تكاليف اللقاحات. عليك المتابعة على النحو التالي: املأ النموذج بالكامل: (1) اسمك وعنوانك، (2) رقم هاتفك، (3) رقم بوليصة تأمين طفلك، (4) اسم وعنوان شركة التأمين الصحي التي تتعامل معها، (5) التاريخ، (6) اسم طفلك، (7) يوم ميلاد طفلك، (8) سبب التطعيم (يرجى وضع علامة: توصية طبية؛ أو السفر)، (9) التوقيع. مودج بالكامل: ستتصل بك شركة التأمين الصحي لمناقشة ما إذا كانت ستغطي التكاليف. إذا كان تأمينك الصحي يغطي التكاليف، فسيتعين عليك دفع التكاليف مقدمًا وستسترد ما دفعته بعد التقديم.



Polish

Chce Pan/Pani zaszczepić swoje dziecko przeciwko meningokokom typu B. Może Pan/Pani skorzystać z niniejszego formularza, aby zapytać swojego ubezpieczyciela, czy pokryje koszty szczepień. W tym celu należy: wypełnić formularz, wpisując następujące dane: (1) imię i nazwisko oraz adres, (2) numer telefonu, (3) numer polisy ubezpieczeniowej dziecka, (4) nazwę i adres ubezpieczyciela, (5) datę, (6) imię i nazwisko dziecka, (7) datę urodzenia dziecka, (8) powód szczepienia (proszę zaznaczyć: „Zalecenie medyczne” albo „Podróż”), (9) podpis. Pana/Pani ubezpieczyciel skontaktuje się z Panem/Panią, aby omówić kwestię pokrycia kosztów. Jeśli Pana/Pani ubezpieczenie zdrowotne pokrywa koszty, będzie Pan musiał / Pani musiała pokryć z góry koszty, które następnie zostaną Panu/Pani zwrócone po złożeniu wniosku.



Russisch

Вы хотели бы сделать своему ребенку прививку от менингококковой инфекции типа В. Используйте эту форму, чтобы запросить у своей медицинской страховой компании, покроет ли она расходы на проведение вакцинации. Выполните следующие действия: заполните все поля в форме: (1) ваше имя и адрес; (2) ваш номер телефона; (3) номер страхового полиса вашего ребенка; (4) название и адрес вашей медицинской страховой компании; (5) дата; (6) имя вашего ребенка; (7) день рождения вашего ребенка; (8) причина проведения вакцинации (отметьте галочкой: рекомендация врача или туристическая поездка); (9) подпись. Ваша медицинская страховая компания свяжется с вами, чтобы обсудить, покроют ли они расходы. Если ваша медицинская страховка покроет расходы, вам понадобится оплатить расходы заранее и они будут возмещены после подачи счета.