

Vor- und Zuname
Straße Hausnummer

PLZ Ort

Krankenversichertennummer

Email
Telefon
Mobil
Fax

An die
Name Ihrer Krankenkasse
Straße Hausnummer

PLZ Ort

Auslandsschutzimpfung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beabsichtige mit meinem Kind / meinen Kindern (**Name/n und Geburtstag/e**) im Zeitraum **Reisedatum einfügen** eine private Auslandsreise **Zielland / ggf. Transitland** zu unternehmen.

Bei der Überprüfung meines / unseres Impfschutzes wurden die folgenden Impfungen als reisemedizinisch indiziert erachtet und durchgeführt.

- Impfung 1, Kosten €
- Impfung 2, Kosten €
- Impfung 3, Kosten €

Die Rechnung / Quittung erhalten Sie in der Anlage, bitte überweisen Sie den Betrag auf mein Konto. **(ggf. Kontoverbindung angeben, wenn Ihre Krankenkasse über diese noch nicht verfügt)**

Sollte sie noch weitere Informationen benötigen, dann stehe ich Ihnen jederzeit für Auskünfte zur Verfügung. Für Ihre Bemühungen bedanke ich mich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

(Name und Unterschrift)

Anlage