

Antwort an:

BKK Pfalz
Lichtenbergerstr. 16
67059 Ludwigshafen

Erklärung zu der Verordnung einer Schutzimpfung

Kundennummer: _____
Name: _____
Anschrift: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Impfung gegen _____ wird/wurde von mir aus folgendem Grund empfohlen: (bitte ankreuzen)

auf Rat der ständigen Impfkommission (STIKO)

Bitte Indikation gemäß STIKO angeben: _____

erhöhtes Infektionsrisiko im privaten Umfeld des Versicherten

Vorschrift im Rahmen des Arbeitsschutzes, da bei beruflicher Tätigkeit die Gefahr der Infektion besteht

beruflich bedingter Auslandsaufenthalt

private Urlaubsreise **Ausland** (bitte ergänzen Sie die folgenden Punkte)

- Reiseland: _____
- Dauer des Aufenthalts: _____
- Art der Reise (z.B. Rundreise, Rucksack-Tour): _____

Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung können Sie die Nr. 01620 EBM 2000plus abrechnen

Vom Mitglied auszufüllen:

Hiermit beantrage ich die Impfkostenerstattung auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: _____

Datum und Unterschrift

Telefon

E-Mail-Adresse