

**Bitte Antwort an:**

BKK Pfalz  
Lichtenbergerstraße 16  
67059 Ludwigshafen

**Erklärung zu der Verordnung einer Schutzimpfung**

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_  
**Name:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

- auf Rat der ständigen Impfkommision (STIKO)
- 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 das Konto:

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse