

Unsere Mehrleistung: „Schutzimpfungen“

Sie interessieren sich für die Kostenerstattung von Schutzimpfungen? Neben der Kostenübernahme für die üblichen Standardimpfungen erstatten wir sogar die Kosten für

- **Reiseschutzimpfungen**, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos aufgrund eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes indiziert sind, wenn diese von der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut (STIKO) empfohlen sind. Hierzu gehören z.B. Schutzimpfungen gegen Cholera, Diphtherie, FSME, Influenza, Gelbfieber, Hepatitis A, Hepatitis B, Tollwut, Typhus, Japanische Enzephalitis, Meningokokken B und Malaria-Prophylaxe).
- **Gripeschutzimpfungen (ohne Altersbeschränkung)**
- **Schluckimpfungen gegen Rotaviren** bei Kindern bis zur Vollendung der 32. Lebenswoche
- die **Schutzimpfung gegen HPV** bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres

Nach Inanspruchnahme einer der o.g. Schutzimpfungen senden Sie uns bitte den Antrag zusammen mit dem/den **Beleg/en** (Rechnung/en bzw. Rezept/e) zu.

Wir freuen uns, Ihnen diese Mehrleistung anbieten zu dürfen.

Sind Sie mit uns zufrieden? Dann empfehlen Sie uns doch weiter und sichern sich eine Anerkennungsprämie in Höhe von **25,00 €**.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an. Wir sind für Sie da.

Ihre **BKK EUREGIO**

BKK EUREGIO
 Kundenservice 2.2
 Postfach 1320
 52517 Heinsberg

Bitte Personalien ergänzen	
Name, Vorname	
Versichertennummer	
falls Versichertennummer nicht vorliegt, bitte Angabe von:	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	

Erstattungsantrag für die Mehrleistung: „Schutzimpfungen“

Ich hatte Aufwendungen für zusätzliche Schutzimpfungen, die normalerweise nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden dürfen

- für mich für das Kind, bitte Personalien des Kindes ergänzen

Name, Vorname	Versichertennummer oder Geburtsdatum
---------------	--------------------------------------

Reiseschutzimpfung(en)

Für einen privaten Auslandsaufenthalt werden von der ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut (STIKO) die angekreuzten Impfungen empfohlen:

Cholera	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
FSME	<input type="checkbox"/>	Tollwut	<input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>	Typhus	<input type="checkbox"/>
Gelbfieber	<input type="checkbox"/>	Japanische Enzephalitis	<input type="checkbox"/>
Meningokokken B	<input type="checkbox"/>	Malarone (Malaria-Prophylaxe)	<input type="checkbox"/>

Gripeschutzimpfung

Impfung gegen HPV vor Vollendung des 27. Lebensjahres durchgeführt ja nein

Impfung gegen Rotaviren vor Vollendung der 32. Lebenswoche durchgeführt ja nein

Beleg/e (Rechnung/en bzw. Rezept/e mit Rechnungsvermerk) sind beigelegt ja nein

Bitte nehmen Sie die Erstattung auf folgendes Konto vor:

IBAN

BIC

Kontoinhaber
 (falls abweichend) _____

Datum _____

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters) _____

Sind Sie telefonisch erreichbar?
 (Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig)