

An die

ESSO BKK  
Postfach 76 01 40  
22051 Hamburg

## Kostenübernahmeantrag Schutzimpfung/en

für \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Name der Impfung/en / des Impfstoffes: \_\_\_\_\_

Datum der Impfung: \_\_\_\_\_

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Die Schutzimpfung/en ist/sind aufgrund eines beruflichen Risikos/Auslandsaufenthaltes notwendig:

nein

ja, mein Arbeitgeber trägt die Kosten aber nicht weil, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Schutzimpfung/en ist/sind aufgrund eines privaten Auslandsaufenthaltes notwendig:

nein

ja, nämlich für eine \_\_\_\_\_-tägige/-wöchige/-monatliche Reise nach

\_\_\_\_\_

Mein Arzt hat mir die Impfung aus anderen Gründen empfohlen, weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Meine Bankverbindung lautet:

Name der Bank: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

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