ANGABEN ZUR KRANKENKASSE FÜR IMPFANGEBOT

Landkreis Barnim
Wir gestalten Zukunft.

Liebe Eltern,

im Rahmen der Impfsprechstunde gibt es, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, die Möglichkeit Ihr Kind durch den **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Landkreis Barnim** impfen zu lassen.

Um diese Impfung gegenüber Ihrer Krankenkasse abzurechnen, benötigen wir nachstehende Angaben. Mit der Mitteilung dieser Angaben und Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihr Einverständnis, die Daten mit den Informationen zur erfolgten Impfung an Ihre Krankenkasse zu übergeben und die Impfung bei Ihrem Kind durchzuführen.

Ohne die vollständigen Angaben, können wir Ihr Kind nicht impfen.

Wir bieten folgende Impfungen bei Notwendigkeit an:

- 1. Auffrischimpfung Tetanus-Diphterie- Keuchhusten
- 2. Auffrischimpfung Tetanus-Diphterie-Keuchhusten- Polio
- 3. Mumps- Masern- Röteln Impfung mit und ohne Windpocken
- 4. Grippeschutzimpfung
- 6. Meningokokken C
- 7. HPV (Humanes Papilloma Virus)
- 8. Hepatitis B

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Angaben zum versicherten Sorgeberechtigen

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Angaben zur Krankenkasse

Name der Krankenkasse: _____

Versicherten-Nummer: _____

Genaue Anschrift/Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigter: _____