

## IMPFSCHUTZ BEI PRIVATEN AUSLANDSREISEN

### GUTEN TAG,

beiliegend erhalten Sie eine Bescheinigung für den Impfschutz bei privaten Auslandsreisen.

Damit Sie gesund und munter aus Ihrem Urlaub heimkehren, denken Sie bitte daran, sich gegebenenfalls impfen zu lassen. Wir empfehlen Ihnen, sich rechtzeitig zu informieren und mindestens sechs Wochen vor dem Auslandsurlaub für die erforderlichen Impfungen einen Arzt zu konsultieren.

Die Mobil Krankenkasse übernimmt anteilig die Kosten für Impfungen, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert-Koch-Instituts empfohlen werden. Dazu gehören auch die von Ihnen gewünschten Impfungen gegen:

- Typhus
- Gelbfieber
- Cholera
- Hepatitis A und B
- Tollwut
- Meningokokken-Meningitis
- FSME/Zecken-Hirnhautentzündung
- Diphtherie
- Poliomyelitis
- Tetanus
- Japanische Enzephalitis

Beachten Sie bitte, dass wir passive Impfungen („Schnellimpfungen“) als Reiseimpfungen nicht übernehmen können.

Bitte reichen Sie uns die Bescheinigung, die Verordnung des Impfstoffs und die Quittungen ein. Sobald uns diese Unterlagen vorliegen, erstatten wir Ihnen die Kosten der Impfleistung, der ärztlichen Beratung, der körperlichen Untersuchung und des Impfstoffs in Höhe der vertragsärztlichen Sätze und 80 % des Impfstoffs.

### HABEN SIE FRAGEN?

Wir beraten Sie gern persönlich.

Besuchen Sie einen unserer Service-Points. Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Terminvereinbarung finden Sie auf [mobil-krankenkasse.de/kontakt](http://mobil-krankenkasse.de/kontakt)

Oder rufen Sie uns an.  
Ihre kostenlose Service-Hotline:

**0800 255 0800**

[mobil-krankenkasse.de](http://mobil-krankenkasse.de)

Bitte zurück an:  
Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg

Patient/in (Bitte in Druckbuchstaben angeben.)  
Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenversichertenr.: \_\_\_\_\_

## BESCHEINIGUNG

(Kostenübernahme einer Reiseimpfung)

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

(KV-Nr.: \_\_\_\_\_) plane eine private Auslandsreise.

Reiseland: \_\_\_\_\_

Folgende ärztlich empfohlene/von der STIKO empfohlene Impfung wurde durchgeführt:

- Typhus
- Gelbfieber
- Cholera
- Hepatitis A und B
- Tollwut
- Meningokokken-Meningitis
- FSME/Zecken-Hirnhautentzündung
- Diphtherie
- Poliomyelitis
- Tetanus
- Japanische Enzephalitis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten

<b>Antwort</b> Mobil Krankenkasse 20091 Hamburg	Nachname: _____
	Vorname: _____
	Geburtsdatum: _____
	Mitgliedsnummer: _____
	Fachberatung: Fachberatung Leistungen

### Angabe meiner Bankverbindung

---

Name und Ort des Geldinstituts

DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_

---

IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig

\_\_\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

---

BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig

---

Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

---

Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

---

Unterschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller)

#### **DATENSCHUTZHINWEIS**

Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: [info@service.mobil-krankenkasse.de](mailto:info@service.mobil-krankenkasse.de)) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Gewährung der Kostenerstattung im Rahmen von § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

---

Datum

Unterschrift des/der Versicherten

Telefonnummer/E-Mail-Adresse