



# **Antrag zur Kostenerstattung** der HPV-Impfung für Erwachsene

ANTRAG ZUR KOSTENERSTATTUNG

**An:**

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr./Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Vertragsnummer (nur von Privatversicherten auszufüllen)

**Von:**

\_\_\_\_\_  
Name Antragsteller:in

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

**Antrag zur Kostenerstattung der HPV-Impfung**

ich wurde am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ sowie am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

zur Prävention von bestimmten HPV-assoziierten Krebserkrankungen und Genitalwarzen geimpft.

Die Rechnungen von meiner Ärztin/meinem Arzt und der Apotheke sind diesem Antrag beigelegt.

Ich bitte Sie, die Kosten für die HPV-Impfung zu übernehmen.

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

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

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller:in



MSD Sharp & Dohme GmbH  
Levelingstr. 4a  
81673 München  
[www.msd.de](http://www.msd.de)