

Adresse der Krankenkasse

Ort: _____

Datum: _____

Rückerstattung der Kosten für Twinrix® 720/20

Sehr geehrte Damen und Herren

Gemäß dem schweizerischen Impfplan, werden die Kosten für die Prävention von Hepatitis-A mit Twinrix® 720/20 bei den folgenden Risikogruppen von der Grundversicherung übernommen (KLV Art 12a):

- **Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Lebererkrankung**
- **Kindern, aus Ländern mit mittlerer und hoher Endemiezeität (Hepatitis-A)**
- **Personen, die sich Drogen injizieren**
- **Männer, die zu Männer Sexualkontakte ausserhalb einer stabilen Beziehung haben**

Die Kosten werden für die Prävention bei Reisen von der Grundversicherung nicht übernommen.

Ich bestätige Ihnen, dass meine Patientin / mein Patient _____ einer der oben aufgeführten Risikogruppen angehört und dass Twinrix® 720/20 nicht zu Präventionszwecken für Reisen verabreicht wurde. Ich bitte Sie daher, die Kosten für die Prävention von Hepatitis-A mit Twinrix® 720/20 zu erstatten.

Besten Dank im Voraus für die rasche Erledigung dieses Gesuchs.

Mit freundlichen Grüssen.

Stempel und Unterschrift