

**KKH Kaufmännische Krankenkasse
Leistungen
30125 Hannover**

Antrag auf Kostenerstattung für einen Streptokokken-Test/Antikörpertest auf Toxoplasmose/einen Antikörpertest auf Windpocken/einen Antikörpertest auf Ringelröteln

Ihr Name:

Servicezeichen:

Einen Anspruch auf Kostenerstattung haben Sie laut unserer Satzung in folgenden Fällen:

- Die Leistung wirkt einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung Ihres Kindes entgegen.
- Die Leistung wirkt einer Schwächung Ihrer Gesundheit entgegen, die voraussichtlich zu einer Erkrankung führen würde.
- Es liegt ein individueller Anlass für diese Untersuchung vor.

Bitte geben Sie an, welcher Grund bei Ihnen vorliegt:

Untersuchungen auf beta-hämolysierende Streptokokken der serologischen Gruppe B

- Bei mir wurden beta-hämolysierende Streptokokken der serologischen Gruppe B nachgewiesen, z. B. in einer vergangenen Schwangerschaft oder im Urin.
- Ich habe eine Neigung zu vaginalen Infektionen oder es droht eine Frühgeburt.
- Es gibt einen anderen Grund: _____

Untersuchungen auf Toxoplasmose im ersten Drittel der Schwangerschaft

- Ich habe Kontakt mit Tieren, insbesondere Katzen.
- Ich verzehre tierische Produkte, z. B. Fleisch, Fisch etc.
- Es gibt einen anderen Grund: _____

Untersuchung auf Windpocken-Antikörper

- Es besteht bei mir eine besondere Infektionsgefahr, z. B. aufgrund einer beruflichen Tätigkeit mit Kindern (Medizinisches Personal, Lehrerinnen, Erzieherinnen, Tagesmütter).
- Ich habe Kontakt mit vielen Menschen (z. B. während einer beruflichen Tätigkeit, auf dem Arbeitsweg, im privaten Umfeld).
- Es gibt einen anderen Grund: _____

Untersuchung auf Ringelröteln-Antikörper

- Es besteht bei mir eine besondere Infektionsgefahr, z. B. aufgrund einer beruflichen Tätigkeit mit Kindern (Medizinisches Personal, Lehrerinnen, Erzieherinnen, Tagesmütter).
- Ich habe Kontakt mit vielen Menschen (z. B. während einer beruflichen Tätigkeit, auf dem Arbeitsweg, im privaten Umfeld).
- Es gibt einen anderen Grund: _____

Datum

Unterschrift