

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Leistungen  
30125 Hannover

## **Ich beantrage eine Kostenerstattung für durchgeführte Leistungen in der Schwangerschaft**

Guten Tag,

ich habe während meiner Schwangerschaft Leistungen in Anspruch genommen.

**Die Rechnung/en dafür habe ich bereits bezahlt und hier beigefügt.** Meine Daten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Versichertennummer oder Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Entbindungstermin: \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

Die unten angekreuzte Leistung wurde durchgeführt, da aufgeführte oder andere Risikofaktoren vorliegen:

- Test auf Streptokokken der serologischen Gruppe B**  
Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B wurden früher nachgewiesen; es besteht daher eine erhöhte Anfälligkeit für vaginale Infektionen oder das Risiko für eine Frühgeburt.
- Test auf Toxoplasmose im ersten Drittel der Schwangerschaft**  
Ich habe Kontakt zu Tieren, insbesondere zu Katzen. Außerdem werden tierische Produkte wie Fleisch oder Fisch verzehrt.
- Test auf Windpocken-Antikörper**  
Es besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko, da ich im Berufs- oder Alltagsumfeld Kontakt zu Kindern oder vielen Menschen habe.
- Test auf Ringelröteln-Antikörper**  
Es besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko, da ich im Berufs- oder Alltagsumfeld Kontakt zu Kindern oder vielen Menschen habe.
- RSV-Impfung**  
Ich habe mich zwischen der 24. und 36. Schwangerschaftswoche gegen RSV impfen lassen.

Bitte überweisen Sie den Betrag zu der angegebenen Leistung auf folgendes Konto:

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift