BIJLAGE A: Model van aanvraagformulier
Aanvraagformulier voor de vergoeding van een specialiteit ingeschreven in § 5050000 van hoofdstuk IV van het K.B. van 21 december 2001.

I – Identificatie van de rechthebbende (naam, voornaam en aansluitingsnummer van de V.I.):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II – Elementen door de behandelende arts te attesteren:

Ik, ondergetekende, arts, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt alle voorwaarden vervult voor de vergoeding van de specialiteit ……. (naam van de specialiteit ingeschreven in § 5050000), zoals die zijn opgenomen in punten a), b) en c) van § 5050000 van hoofdstuk IV van K.B. van 21 december 2001:

⊔ adolescent ouder dan 16 jaar die niet heeft kunnen genieten, om gedocumenteerde medische en/of sociale reden, van de vaccinatie, die is aanbevolen tussen 14 en 16 jaar, in de vaccinatiekalender opgesteld door de Hoge Gezondsheidraad en verstrekt in het kader van een bijzondere regeling van tegemoetkoming in uitvoering van het protocolakkoord tussen de Federale overheid en de Gemeenschappen;

⊔ lid van een gezin met een kinderwensen of in geval van een zwangerschap

- ⊔ de ouders of de toekomstige ouders van de zuigeling indien ze geen dTpa herhalingsinenting tussen 14-16 jaar hebben gekregen;
- ⊔ broers en zusters ouder dan 16 jaar en die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt, en niet in orde zijn met de dTpa vaccinatie.

Het aantal vergoedbare verpakkingen is beperkt tot maximum 1 verpakking per rechthebbende.

Een termijn van minimum 1 maand zal gerespecteerd worden tussen een vorige dT vaccinatie en de dTpa vaccinatie.

Ik verbind mij ertoe de bewijsstukken met betrekking tot de situatie van de patiënt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer.

Op basis van al deze elementen, attesteer ik dat deze patiënt een injectie nodig heeft met de hierboven vermelde specialiteit.

III – Identificatie van de arts (naam, voornaam, adres, RIZIV-nr):

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (naam)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (voornaam)

|1| - |_|_|_|_|_| - |_|_| - |_|_|_| (n° RIZIV)

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (datum)

(stempel) ..... (handtekening van de arts)