BIJLAGE A : model van aanvraagformulier

Aanvraagformulier voor de vergoeding van de specialiteit INFANRIX HEXA
(§ 328 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001)

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

II – Elementen door de behandelende geneesheer te attesteren

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde patiënt alle voorwaarden vervult die voorkomen in punt a) van § 328 van hoofdstuk IV van het KB van 21 december 2001:

- leeftijd tussen 12 en 48 maanden ;
- bestaan van een gedocumenteerde medische en/of sociale reden die de rechthebbende belet hebben om te genieten van de hexavalente vaccinatie, opgenomen in de vaccinatiekalender die is opgesteld door de Hoge Gezondsheidsraad en verstrekt in het kader van een bijzondere regeling van tegemoetkoming in uitvoering van het protocolakkoord tussen de Federale overheid en de Gemeenschappen.
- inhaalvaccinatie van:
  1 of meerdere van de 3 eerste inentingen die niet voor de leeftijd van 1 jaar kon(den) worden toegediend,
  en/of
  de 4de inenting die niet voor de leeftijd van 24 maanden kon worden toegediend.

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

Op basis van al deze elementen, attesteer ik dat de patiënt gedurende een periode van 18 maanden de vergoeding nodig heeft van:

☐ (maximum 4) verpakkingen INFANRIX HEXA 1 X 0,5 ml IM

III – Identificatie van de behandelende geneesheer (naam, voornaam, adres, n° RIZIV)

(naam)
(voornaam)
1- - - (n° RIZIV)
/ / (datum)

(STEMPEL) …… (handtekening van de geneesheer)