

Formulier voor de aanvraag tot vergoeding van de farmaceutische specialiteit op basis van influenzavirus voor de actieve immunisatie tegen een influenza infectie bij de volwassene vanaf 65 jaar (§ 13120000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018).

[illegible]

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat de hierboven vermelde rechthebbende minstens 65 jaar oud is en voldoet aan de voorwaarden gesteld in punt a) van § 13120000 van hoofdstuk IV van de lijst gevoegd bij het K.B. van 1 februari 2018:

Op grond hiervan bevestig ik dat voor deze rechthebbende de vergoeding van deze specialiteit noodzakelijk is voor de actieve immunisatie tegen een influenza infectie voor het komende griepseizoen.

Bovendien verbind ik mij ertoe om het bewijsmateriaal, waaruit blijkt dat de rechthebbende zich in de verklaarde toestand bevindt, ter beschikking te houden van de adviserend arts.

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

--

(stempel)

.....

(handtekening van de arts)