



**Formulier te gebruiken door de interne diensten voor preventie en bescherming op het werk die op jaarbasis niet meer dan 100 aanvragen tot terugbetaling indienen**

**AANVRAAG OM TERUGBETALING VAN VACCINATIE TEGEN HEPATITIS A EN/OF B, MAZELEN EN WATERPOKKEN**

*Reglement tot vaststelling van de voorwaarden voor terugbetaling van vaccinaties door Fedris Beroepsziektewetgeving voor de privésector en de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten*

**Rubriek 1: in te vullen door betrokkene**

Rijksregisternummer of bis-nummer .....

Naam ..... Voornaam .....

Geboortedatum ..... Taalrol  Nederlands  Frans  Duits

**Invullen wanneer u geen rijksregisternummer of bis-nummer hebt:**

Straat ..... Nr..... Bus .....

Plaats ..... Postcode ..... Land .....

Geboortedatum ..... Geslacht  M  V

Geboorteplaats ..... Geboorteland .....

- Ik ben  werknemer privésector
- werknemer plaatselijke of provinciale overheidsdienst
- onthaalouder aangesloten bij een erkende dienst voor onthaalgezinnen
- student

**Opgelet!** Zelfstandigen, vrijwilligers en werknemers van overheidsdiensten die hierboven niet vermeld staan, vallen niet onder de bevoegdheid van Fedris. Voor hen kan Fedris geen terugbetaling toestaan.

Naam en adres van mijn werkgever of stageplaats:

.....

.....

.....

Ondernemingsnummer (indien mogelijk): .....

**In te vullen door leerlingen en studenten**

Naam en adres van de onderwijsinstelling:

.....

.....

.....

Studierichting: .....

Studiejaar: .....

Ik voeg bij deze aanvraag het medisch attest (rubriek 2), ingevuld door een arts en verklaar dat bovenstaande verklaring oprecht en **volledig** is ingevuld.

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Handtekening .....

### **Instructie bestemd voor de interne preventiedienst in geval van collectieve terugbetaling**

Samen met de individuele aanvragen stuurt u een verzamelstaat, model terug te vinden op de website van Fedris, waarop volgende elementen vermeld worden:

- een uniek referentienummer,
- het totaal verschuldigde bedrag,
- IDPB die de aanvraag indient en zijn KBO-nummer,
- KBO- en vestigingsnummer van de instelling waaraan Fedris moet betalen,
- nummer en titularis van de bankrekening van de instelling waaraan Fedris moet betalen,
- naam, voornaam, e-mailadres, telefoonnummer en taalrol van de contactpersoon,
- een overzicht met naam, voornaam en INSZ van de personen die werden gevaccineerd.

---

Al deze gegevens zullen worden verwerkt in overeenstemming met de bepalingen van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Deze gegevens worden verzameld met het oog op de toepassing van de socialezekerheidswetgeving. Indien u wenst uw persoonsgegevens in te kijken of te verbeteren, kunt u dat schriftelijk vragen aan Fedris.

**Rubriek 2: medisch attest in te vullen door een arts van de interne preventiedienst na voltooiing van het vaccinatieschema**

**Identiteit van de aanvrager**

Rijksregisternummer of bis-nummer .....

Naam ..... Voornaam .....

Geboortedatum .....

**Beroepsactiviteit van de aanvrager**

Aard van de onderneming of instelling waar de betrokkene tewerkgesteld is of stage loopt:

ziekenhuis       revalidatiecentrum     MPI                       klinisch labo     psychiatrische instelling

kinderdagverblijf     thuisverzorging       tandarts/(para)medische praktijk     bloedtransfusiecentrum

woonzorgcentrum:     met RVT-bedden       zonder RVT-bedden

andere: .....

Functie en beschrijving van de beroepsactiviteit of stage:

.....  
.....  
.....

ISCO-code (indien mogelijk): .....

## Hepatitis A

Vaccinatie tegen hepatitis A (2 maal één dosis met een interval van 6 maanden)

Vaccin: noteer de datum en de prijs voor elk vaccin

| Prestatiedatum | Naam van het vaccin | Prijs |
|----------------|---------------------|-------|
|                | Dosis 1             |       |
|                | Dosis 2             |       |

Werkt de aanvrager met kinderen jonger dan 6 jaar?                       ja       neen

Werkt de aanvrager met primaten?     ja       neen

Komt de aanvrager in contact met afvalwater?                               ja       neen

Welke endemische regio bezoekt de aanvrager in het kader van zijn professionele activiteit?

.....

## Hepatitis B

Vaccinatie tegen hepatitis B

Vaccinatieschema :

Serologiebepaling : noteer de datum, het nomenclatuurnummer alsook de prijs voor elke prestatie

| Prestatiedatum | Nomenclatuurnummer van de serologie : 437076 / 437113 / 551401 / 551445 / 551482 / 437032 / 551390 / 551434 / 551471 | Prijs |
|----------------|--|-------|
|                |  |       |
|                |  |       |
|                |  |       |
|                |  |       |
|                |  |       |
|                |  |       |

Vaccins : noteer de datum en de prijs van elke vaccin

| Prestatiedatum | Naam van het vaccin | Prijs |
|----------------|---------------------|-------|
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |

Werkt de aanvrager met primaten?

ja

neen

## Hepatitis A en B

Vaccinatie tegen hepatitis A en B

Werd de aanvrager al eerder gevaccineerd tegen hepatitis B (al dan niet in combinatie met andere vaccins)?

ja

neen

Vaccinatieschema :

Serologiebepaling : noteer de datum, het nomenclatuurnummer alsook de prijs voor elke prestatie

| Prestatiedatum | Nomenclatuurnummer van de serologie : 437076 / 437113 / 551401 / 551445 / 551482 / 437032 / 551390 / 551434 / 551471 | Prijs |
|----------------|--|-------|
|                |  |       |
|                |  |       |
|                |  |       |
|                |  |       |
|                |  |       |
|                |  |       |

Vaccins : noteer de datum en de prijs van elke vaccin

| Prestatiedatum | Naam van het vaccin | Prijs |
|----------------|---------------------|-------|
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |
|                |                     |       |

Werkt de aanvrager met kinderen jonger dan 6 jaar?  ja

neen

Werkt de aanvrager met primaten?  ja

neen

Komt de aanvrager in contact met afvalwater?  ja

neen

## Mazelen

Vaccinatie tegen mazelen (2 maal één dosis met een interval van minimum 4 weken)

Vaccinatieschema :

Serologiebepaling : noteer de datum, het nomenclatuurnummer alsook de prijs voor elke prestatie

| Prestatiedatum | Nomenclatuurnummer van de serologie : 552436/552440 | Prijs |
|----------------|---|-------|
|                |   |       |

Vaccins : noteer de datum en de prijs van elke vaccin

| Prestatiedatum | Naam van het vaccin | Prijs |
|----------------|---------------------|-------|
|                | Dosis 1             |       |
|                | Dosis 2             |       |

## Waterpokken

Vaccinatie tegen waterpokken (2 maal één dosis met een interval van minimum 4 weken en maximum 6 weken)

Vaccinatieschema :

Serologiebepaling : noteer de datum, het nomenclatuurnummer alsook de prijs voor elke prestatie

| Prestatiedatum | Nomenclatuurnummer van de serologiebepaling : 551493/551504 | Prijs |
|----------------|---|-------|
|                |   |       |

Vaccins : noteer de datum en de prijs van elke vaccin

| Prestatiedatum | Naam van het vaccin | Prijs |
|----------------|---------------------|-------|
|                | Dosis 1             |       |
|                | Dosis 2             |       |

**Gegevens arts**

Naam: .....

Adres: .....

.....

Telefoon:.....

E-mail: .....

**Stempel arts**

Ik bevestig op mijn eer dat deze verklaring oprecht en volledig is. Ik voeg bij dit medisch attest de aanvraag om terugbetaling ingevuld door de betrokkene (rubriek 1). Ik ben bereid om aanvullende gegevens met betrekking tot deze aanvraag aan de artsen van Fedris te bezorgen.

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Handtekening .....