

Medische indicatie hepatitisvaccinatie patiënt

T.a.v de zorgverzekering

Datum:

Betreft: vergoeding hepatitis A en/of B* vaccinatie

Geachte heer, mevrouw,

.....(naam patiënt(e)), geboren is/wordt gevaccineerd tegen hepatitis A (2 vaccinaties) en/of hepatitis B* (3 vaccinaties).

Dit is/wordt gedaan naar aanleiding van een chronische leverinfectie. Gelet op de regels ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Regeling zorgverzekering bijlage 2, punt 4a1, 4a2 en/of 4b5) voldoet deze persoon aan de bij deze categorie vermelde criteria om voor vergoeding van de kosten van de hepatitis A en/of hepatitis B* vaccinatie in aanmerking te komen.

Indien u vragen heeft over het bovenstaande kunt u contact opnemen met het team Infectieziekten van de GGD Hart voor Brabant, telefoon 088-3686421.

Met vriendelijke groet,

(naam/stempel en handtekening arts)

* Aangeven wat bij deze patiënt van toepassing is.