

Medical Statement

Name patient/*Voor- en achternaam patiënt*

Street and number/*Straat en huisnummer*

Postcode/*Postcode*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|

Town/city/*Woonplaats*

Country/*Land*

Date of birth/*Geboortedatum*

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 DD / MM / YYYY

Passport or ID card no/*Paspoort of Europese ID*

Email/*E-mailadres*

Telephone/*Telefoonnummer*

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

I hereby state that the above-mentioned patient has/*Ik verklaar hierbij dat bovengenoemde patiënt te maken heeft met:*

and uses the following prescribed medication /*en de volgende voorgeschreven medicijnen gebruikt:*

Brand name/*Merksnaam medicatie*

(bv Ritalin)

Active substance/*Internationale benaming*

werkzame stof (bv methylphenidate)

Concentration & dosage/*Concentratie &*

dosering (bv 16 mg, 2 tabletten per dag)

Name doctor/specialist/*Naam dokter/specialist*

AGB code/*AGB-code*

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Date/*Datum*

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 DD / MM / YYYY

City/*Plaats*

Signature/*Handtekening*

Stamp/*Stempel*
