

\_\_\_\_\_ (1)  
 (land) (plaats) (datum)

A Voorschrijvend arts:  
 \_\_\_\_\_ (2)  
 (naam) (voornaam) (telefoon)

\_\_\_\_\_ (3)  
 (adres)

Ingeval van afgifte door de arts:

\_\_\_\_\_ (4)  
 (stempel van de arts) (handtekening van de arts)

B Patiënt:  
 \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_ (6)  
 (naam) (voornaam) (nr. van paspoort of ander geldig  
 identiteitsdocument)

\_\_\_\_\_ (7) \_\_\_\_\_ (8)  
 (geboorteplaats) (geboortedatum)

\_\_\_\_\_ (9) \_\_\_\_\_ (10)  
 (nationaliteit) (geslacht)

\_\_\_\_\_ (11)  
 (woonplaats: land en plaats)

\_\_\_\_\_ (12) \_\_\_\_\_ (13)  
 (reisduur in dagen) (geldigheidsduur van de medische  
 verklaring)

C Voorgeschreven geneesmiddel:  
 \_\_\_\_\_ (14) \_\_\_\_\_ (15)  
 (handelsnaam of generieke naam) (farmaceutische vorm)

\_\_\_\_\_ (16) \_\_\_\_\_ (17)  
 (internationale benaming van  
 de stof) (concentratie van de actieve stof)

\_\_\_\_\_ (18) \_\_\_\_\_ (19)  
 (gebruiksaanwijzing) (totale hoeveelheid)

\_\_\_\_\_ (20)  
 (duur van het voorschrift in dagen)

\_\_\_\_\_ (21)  
 (opmerkingen)

D Voor afgifte/waarmaking bevoegde autoriteit (schrappen wat niet past)  
 Inspectie voor de Gezondheidszorg \_\_\_\_\_ (22)

(omschrijving)  
 Postbus 16114, 2500 BC Den Haag \_\_\_\_\_ (23)

(adres) (telefoon) \_\_\_\_\_ (24)

(stempel) (handtekening)