

[naam zorgverlener]

[AGB code]

[adresgegevens]

[plaats], [datum]

**Subject:**

Name patient : [naam patiënt]  
Date of Birth : [dag] / [maand] / [jaar] (dd/mm/YYYY)  
Passport # : [paspoortnummer]

Name Doctor : [naam arts]  
Name Pharmacy : [naam apotheek]

To whom it may concern,

I hereby state that [naam patiënt] suffers from [aandoening]. He/she uses the following prescribed medication to relieve his/her symptoms:

- [voorgeschreven geneesmiddel, international benaming van de stof, gebruikershoeveelheid en gebruiksinterval]

[ondertekening, stempel van de arts]