

_____ (1)
 (land) _____ (plaats) _____ (datum)

A Voorschrijvend arts:

_____ (naam) _____ (voornaam) _____ (telefoon) (2) _____ (3)
 _____ (adres)

Ingeval van afgifte door de arts:

_____ (stempel van de arts) _____ (handtekening van de arts) (4)

B Patiënt:

_____ (naam) _____ (voornaam) (5) _____ (6)
 _____ (geboorteplaats) (7) _____ (geboortedatum) (8)
 _____ (nationaliteit) (9) _____ (geslacht) (10)
 _____ (huisadres + woonplaats) (11)
 _____ (reisbestemming en duur in dagen) (12) _____ (geldigheidsduur van de medische verklaring) (13)

C Voorgeschreven geneesmiddel:

_____ (handelsnaam of generieke naam) (14) _____ (farmaceutische vorm) (15)
 _____ (internationale benaming van de stof) (16) _____ (concentratie van de actieve stof) (17)
 _____ (gebruiksaanwijzing) (18) _____ (totale hoeveelheid) (19)
 _____ (duur van het voorschrift in dagen) (20)
 _____ (opmerkingen) (21)

D Voor afgifte/waarmeding bevoegde autoriteit

CIBG i.o. Inspectie voor de Volksgezondheid (22)
 Postbus 16114 2500 BC Den Haag; Nederland (23)
 _____ (stempel) _____ (handtekening) _____ (24)