

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

**A Voorschrijvend arts:**

\_\_\_\_\_ (2) (3)  
 (naam) (voornaam) (telefoon)  
 \_\_\_\_\_  
 (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)  
 (adres + postcode + woonplaats)  
 \_\_\_\_\_ (12) \_\_\_\_\_ (13)  
 (reisbestemming en duur in dagen) (geldigheidsduur verklaring:  
 reisdatum van-t/m. max. 30 dagen)

**C Voorgeschreven geneesmiddel:**

\_\_\_\_\_ (14) \_\_\_\_\_ (15)  
 (handelsnaam of generieke naam) (farmaceutische vorm)  
 \_\_\_\_\_ (16) \_\_\_\_\_ (17)  
 (internationale benaming van de stof) (concentratie van de actieve stof)  
 \_\_\_\_\_ (18)  
 (gebruiksaanwijzing) \_\_\_\_\_ (19)  
 \_\_\_\_\_ (20) (totale hoeveelheid mee op reis)  
 (duur van het voorschrift. max.30 dagen)  
 \_\_\_\_\_ (21)  
 (opmerkingen)

**D Voor afgifte/waarmerking bevoegde autoriteit**

CAK i.o. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (22)

Postbus 84015 2508 AA Den Haag

(23)

\_\_\_\_\_ (24)  
 (stempel) (handtekening)