**Medical Certificate**

Name caregiver:

AGB-code:

Address:

Name patiënt:

Address:

Date of birth:

Passport number:

Name of doctor: NAAM HUISARTS

Pharmacy: NAAM APOTHEEK

 DATUM Staphorst

Subject: **Medical Statement**

To whom it may concern,

I hereby state that VOLLEDIGE NAAM PATIENT

Suffers from DIAGNOSE

He/she uses the following prescribed medication to relieve his/her symptoms:

MERKNAAM VAN HET MEDICIJN

INTERNATIONALE BENAMING VAN DE WERKZAME STOF

GEBRUIKSHOEVEELHEID EN DAGDOSERING

Sincerely, Stamp

 (handtekening)

NAAM HUISARTS

General Practitioner