

____NL____ (land) _____ Den Hoorn _____ (plaats) _____ 15 mei 2010 _____ (1) (datum)

A Voorschrijvend arts:
 _____ Burge _____ C.H. _____ 035-2525421 _____
 (naam) (voornaam) (telefoon) (2)
 _____ IJmeer 35 Den Hoorn _____ (3)
 (adres)

Ingeval van afgifte door de arts:

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

B Patiënt:
 _____ Miloe de Jonge _____ (5) _____ MO17293589 _____ (6)
 (naam) (voornaam) (nr. van paspoort of ander geldig
 identiteitsdocument)
 _____ Den Hoorn _____ (7) _____ 30-02-2001 _____ (8)
 (geboorteplaats) (geboortedatum)
 _____ Nederlandse _____ (9) _____ vrouw _____ (10)
 (nationaliteit) (geslacht)
 _____ IJperkade 98c Den Hoorn _____ (11)
 (huisadres + woonplaats)

_____ Spanje 10 dagen _____ (12) _____ 10-06-2010 t/m 20-06-2010 _____ (13)
 (reisbestemming en duur in dagen) (geldigheidsduur van de medische
 verklaring)

C Voorgeschreven geneesmiddel:
 _____ Ritalin _____ (14) _____ tablet _____ (15)
 (handelsnaam of generieke naam) (farmaceutische vorm)
 _____ Methylfenidaat _____ (16) _____ 10 mg _____ (17)
 (internationale benaming van de stof) (concentratie van de actieve stof)
 _____ 2 tabletten per dag _____ (18) _____ 200 mg _____ (19)
 (gebruiksaanwijzing) (totale hoeveelheid)
 _____ 10 dagen _____ (20)
 (duur van het voorschrift in dagen)

_____ (21)
 (opmerkingen)

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)

<p>Certification to carry drugs and / or psychotropic substances for treatment purposes - Schengen Implementing Convention - Article 75</p>	<p>Certificat pour le transport de stupéfiants et/ou de substances psychotropes à des fins thérapeutiques - Article 75 de la Convention d'application de l'Accord de Schengen</p>
(1) country, town, date	pays, délivré à, date
A Prescribing doctor	Médecin prescripteur
(2) name, first name, phone	nom, prénom, téléphone
(3) address	adresse
(4) in case of issuing by doctor : stamp, signature of doctor	en cas de délivrance par un médecin : cachet, signature du médecin
B Patient	Patient
(5) name, first name	nom, prénom
(6) no. of passport or other identification document	n° du passeport ou du document d'identité
(7) place of birth	lieu de naissance
(8) date of birth	date de naissance
(9) nationality	nationalité
(10) sex	sexe
(11) address	adresse
(12) duration of travel in days	durée du voyage en jours
(13) validity of authorisation from/to - max. 30 days	durée de validité de l'autorisation du/au - max. 30 jours
C Prescribed drug	Médicament prescrit
(14) trade name or special preparation	nom commercial ou préparation spéciale
(15) dosage form	forme pharmaceutique
(16) international name of active substance	dénomination internationale de la substance active
(17) concentration of active substance	concentration de la substance active
(18) instructions for use	mode d'emploi
(19) total quantity of active substance	quantité totale de la substance active
(20) duration of prescription in days max. 30 days	durée de la prescription, en jours – max 30 jours
(21) remarks	remarques
D Issuing/accrediting authority (delete no applying)	Autorité qui délivre/authentific (biffer ce qui ne convient pas)
(22) expression	désignation
(23) address, phone	adresse, téléphone
(24) stamp, signature of authority	sceau, signature de l'autorité