|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| uw bericht van | uw kenmerk | ons kenmerk | Leuven  **28 februari 2018** |
|  | | | |
| **ATTEST** | | | |

Ondergetekende, ……………………………….., kinder- en jeugdpsychiater, verklaart hierbij dat ……………………………………………………………… (naam voornaam), ° ………………. (geboortedatum), reeds geruime tijd in behandeling is op/in de………………….. (praktijk/dienst), waar de diagnose ADHD gesteld werd, en hiervoor reeds gedurende een langere periode medicatie neemt.

kinder- en jeugdpsychiater