|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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