

(Medical Certificate) Ärztliche Bescheinigung

A (Prescribing Doctor) Verschreibender Arzt:

_____	_____	_____	_____
Name	(first name) Vorname	(phone) Telefon	Fax

(address) Adresse			

B Patient:

_____	_____	_____	_____
Name	(first name) Vorname	(date of birth) Geburtsdatum	(place of birth) Geburtsort
_____	_____	_____	_____
(no. of passport) Nr. d. Ausweises	(sex) Geschlecht	(nationality) Staatsangehörigkeit	(duration of travel in days) Dauer der Reise in Tagen

(address) Adresse			

C (Prescribed Drugs) Verschriebene Arzneimittel

_____	_____	_____	_____
(trade name) Handelsname	(dosage form) Darreichungsform	(trade name) Handelsname	(dosage form) Darreichungsform
_____	_____	_____	_____
(active substance) Wirkstoffbezeichnung	(concentration of substance) Wirkstoffkonzentration	(active substance) Wirkstoffbezeichnung	(concentration of substance) Wirkstoffkonzentration
_____	_____	_____	_____
(duration of prescription in days) Dauer der Verschreibung in Tagen	(total quantity of substance) Gesamtwirkstoffmenge	(duration of prescription in days) Dauer der Verschreibung in Tagen	(total quantity of substance) Gesamtwirkstoffmenge

_____	_____	_____	_____
(trade name) Handelsname	(dosage form) Darreichungsform	(trade name) Handelsname	(dosage form) Darreichungsform
_____	_____	_____	_____
(active substance) Wirkstoffbezeichnung	(concentration of substance) Wirkstoffkonzentration	(active substance) Wirkstoffbezeichnung	(concentration of substance) Wirkstoffkonzentration
_____	_____	_____	_____
(duration of prescription in days) Dauer der Verschreibung in Tagen	(total quantity of substance) Gesamtwirkstoffmenge	(duration of prescription in days) Dauer der Verschreibung in Tagen	(total quantity of substance) Gesamtwirkstoffmenge

(This is to certify that the above mentioned traveler has been supplied with this medical equipment for personal use only due to continuous medical treatment or in the event of illness, accident or emergency. It has no commercial value. Confiscating/not taking of the medication can lead to life-threatening conditions.)

Hiermit wird bescheinigt, dass der oben genannte Reisende aus medizinischen Gründen mit diesen Medikamenten versorgt wurde, um eine Dauerbehandlung fortzuführen oder akut auftretende Krankheiten, Unfälle oder Notfälle zu behandeln. Die Medikamente haben keinen kommerziellen Wert. Konfiszierung oder Nichteinnahme der Medikamente können zu lebensbedrohlichen Umständen führen.

_____	_____	_____
(stamp of physician) Arztstempel	(date) Datum	(sign/signature of physician) Stempel/Unterschrift des Arztes