

ÄRZTLICHES ATTEST ÜBER EINE DAUERMEDIKATION

MEDICAL CERTIFICATE FOR THE USE OF CONTINUOUS MEDICATION

Patientenname/Name of patient: _____

Reisepass Nr./Passport No.: _____

Geburtsdatum/Date of birth: _____

benötigt zur Behandlung seiner/ihrer Erkrankung folgende Medikamente, die ihm/ihr im Rahmen einer ärztlichen Behandlung verordnet wurden. Die Nichteinnahme dieser Medikamente führt zu lebensbedrohlichen Zuständen.

needs the following medication that has been prescribed for medical treatment purposes. Not taking this medication will lead to a life-threatening condition.

Verschriebenes Medikament/Prescribed medication:

Handelsname/ Trade name	Wirkstoff/ Active substance	Darreichungsform/ Dosage form	Dosierung pro Tag/ Dosage per day	Gesamtmenge/ Total amount

Stempel des Arztes/der Ärztin/Stamp of doctor

Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin/Date, Signature of doctor