

Reisen mit dem Inhalator

Ärztliches Attest / Medical certificate

Name des Patienten / Patients name

Pass Nr. / Passport No.

Dieses Formular bestätigt, dass die unten eingetragenen Medikamente von der angeführten Person einzig zur Behandlung von Beschwerden sowie für Notfälle mitgeführt werden. Bei einer Reisedauer von ... Tagen ist die Menge der angeführten Medikamente adäquat. (hinzukommend einer Notfallreserve)

This form confirms that the medications mentioned below are carried by the person listed above exclusively in order to treat medical conditions and/or illness and for emergencies. For a travel duration of ... days the carried quantity of medicine is appropriate (in addition to a reserve for emergencies).

Handelsname / Brand name	Dosierung / Dosage	Gesamtmenge / Total amount
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2008/TCP/respir/AT/10-2022

Ort / Place

Datum / Date

.....
Unterschrift des Arztes / Doctor's signature



Stempel / Stamp

Weitere Downloads und Hilfestellungen finden Sie auf: