

Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich als behandelnde/r Arzt/Ärztin, daß

Frau/Herr

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße:

PLZ / Wohnort:

an einer **chronischen Erkrankung** leidet. Er/Sie ist

- Dialysepatient/in (Shunt links / rechts)
- Organtransplantiert (Niere, Herz, Leber, Lunge)
- Diabetiker/in

[Zutreffendes bitte ankreuzen]

Daher ist der/die Patient/in auf die Einnahme nachfolgend aufgeführter **lebenswichtiger Medikamente** angewiesen:

.....
.....
.....
.....

Bemerkungen:

.....
.....
.....

Die genannten Medikamente sind regelmäßig in kurzen Abständen bzw. gegebenenfalls auch bei Bedarf von dem/der Patienten/in einzunehmen bzw. anzuwenden. Bei Diabeteserkrankung kann zur Regulierung des Blutzuckerspiegels das Mitführen von Spritzen erforderlich sein.

Es ist daher für den/die Patienten/in lebenswichtig, daß er/sie diese Medikamente beispielsweise bei Flugreisen usw. **im Handgepäck in ausreichender Menge** (Bedarf entsprechend der Reisedauer – mindestens für drei Tage) mitführt.

.....
Ort, Datum

.....
Arzt-Stempel, Unterschrift