

# Atestado

Como médico que trata a la persona siguiente certifico, que

Señora/Señor

Apellido: .....

Nombre: .....

Fecha de cumpleaños: .....

Calle: .....

CP/Ciudad: .....

tiene una **enfermedad crónica**. El/Ella es

- Paciente de diálisis (Shunt  izquierda /  derecha)
- Receptor de órgano trasplantado (  riñón,  corazón,  hígado,  pulmón)
- diabética/diabético

Por lo tanto, el/la paciente es **dependiente de los siguientes medicamentos vitales:**

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

Observación:

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

El/la paciente tiene que tomar/usar los medicamentos susodichos en intervalos cortos o en caso necesario. En caso de diabetes se necesita también inyecciones para regular la glucemia.

Por lo tanto es vital para el/la paciente que **lleva los medicamentos en el equipaje de mano** en una cantidad suficiente (cantidad conforme a la duración del viaje - por lo menos para tres días).

.....  
Lugar Fecha

.....  
Firma del médico, firma