

Medical certificate

Ärztliche Bescheinigung

A Prescribing doctor – Verschreibender Arzt:

Name	Phone
Name _____	Telefon _____
Address	Fax
Adresse _____	Fax _____
Postcode, City	
PLZ, Ort _____	
Country	E-mail
Land _____	E-Mail _____

B Patient – Patient:

Name	Date of Birth
Name _____	Geburtsdatum _____
Address	Nationality
Adresse _____	Nationalität _____
Postcode, City	Sex
PLZ, Ort _____	Geschlecht _____
Country	Duration of travel
Land _____	Dauer der Reise _____

C Prescribed drugs – Verschriebene Arzneimittel:

Trade name	Dosage form	Verschriebene Menge
Handelsbezeichnung	Darreichungsform	Prescribed amount
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Dosage form/Darreichungsform: Aerosol/inhaler, Tablette/tablet, Pille/pill, flüssig/liquid etc.

The medication the patient carries has been legally prescribed for medical treatment purposes. Confiscating/not taking the medication may lead to a life-threatening condition.
Die mitgeführten Medikamente wurden dem Patienten legal im Rahmen einer ärztlichen Behandlung verordnet. Die Beschlagnahmung/Nichteinnahme des Medikaments kann zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.

Stamp of the doctor
Arztstempel

Date
Datum

Signature of the doctor
Unterschrift des Arztes