

Medical Certificate / Ärztliche Bescheinigung

Patient:

_____ name/Nachname

_____ first name/Vorname

_____ place of birth / Geburtsort

_____ date of birth / Geburtsdatum

_____ Address / Adresse

_____ passportnumber / Reisepass-Nr.

_____ nationality / Staatsangehörigkeit

Prescribed Drug / Verschriebenes Arzneimittel

_____ has been legally prescribed for medical treatment for prophylaxis/treatment of thrombosis. The active ingredient is _____. The syringes have to be applied once daily and have to be transported in the hand luggage due to storage conditions.

_____ wurde im Rahmen einer ärztlichen Behandlung zur Thrombose-Prophylaxe/Therapie verordnet. Der Wirkstoff ist _____. Die Spritzen müssen einmal täglich angewendet werden und müssen aufgrund der Lagerbedingungen im Handgepäck transportiert werden.

Stempel / Pestle

_____ Datum / Date

_____ Unterschrift / Signatur