

**Bescheinigung für Flugreisen und Grenzkontrollen**

**Medical certifcate for air travel and costums control**

Frau/Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mrs./Mr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ born \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Patientin /Der Patient ist DiabetikerIn und bedarf einer lebensnotwendigen Insulintherapie. Die untenstehenden Medikamente, Pens und Hilfsmittel muss der Patient/die Patientin ständig bei sich tragen, sonst droht eine lebensgefährliche Entgleisung des Stoffwechsels.

The patient suffers from Diabetes and is dependent on a regular supply of insulin. The following drugs, pens and medical aids are indispensable. Removal might result in life threatening metabolic complications.

○ Insulinpen mit Zubehör ○ insulin pen and accessories

○ Insulinampullen ○ insulin cartriges

○ Insulinpumpe mit Zubehör ○ Insulin pump and accessories

○ Blutzuckermessgerät mit Zubehör ○ blood glucose meter and accessories

○ Glukosesensor mit Zubehör ○ glucose sensor and accessories

○ Stechhilfen, Lanzetten ○ lancing device, lancets

○ Glukagonspritze ○ glukagon syringe

○ Spritzen ○ syringes

○ Traubenzucker ○ dextrose

○ Folgende Medikamente: ○ following drugs:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

○ Folgende weitere Hilfsmittel: ○ following additional accessories:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arzt/Doctor: Klinik/Hospital:

Adresse/adress: Telefon/telephone:

Unterschrift, Datum und Stempel/ signature, date and stamp