

Zollbescheinigung / Letter of Customs

Medikamentenname / **Name of drug**

Ich bestätige, dass mein Patient* jederzeit große Mengen lebenswichtiger Medikamente mit sich führen muss.

Die Verpackung des Medikaments enthält Spritzen und Nadeln.

I hereby confirm that my patient needs to carry large quantities of life saving medications at all times.

The packaging also contains syringes and needles.

**Der Patient hat folgende Erkrankung: /
The patient has the following disease:**

Für Rückfragen stehe ich unter folgenden Kontaktdaten zur Verfügung: / For any further inquiries please contact me under the following details:

**Ich danke Ihnen für Ihre Kooperation. Mit freundlichen Grüßen
Thank you for your cooperation. Yours sincerely**

Unterschrift, Name und Titel des Arztes, Stempel /
Signature, name and title of treating physician, stamp

* Die Verwendung des Sternsymbols (*) bezieht neben weiblichen und männlichen Personen weitere Geschlechter und Geschlechtsidentitäten mit ein.

Notfall-Ausweis / Emergency Health Card

Name / **Surname**

Vorname / **First name**

Geburtstag / **Date of birth**

Adresse / **Address**

Notfallkontakt / **Emergency contact**

Bei dem Patienten* besteht folgende Erkrankung: /
The patient has the following disease:

.....

Adresse behandelnder Arzt (Klinik/Zentrum): /
Address of treating physician (clinic/center):

Notfallnummer behandelnder Arzt: /
emergency contact of treating physician:

Bei Notfällen können folgende Medikamente verabreicht werden: /
In case of an emergency the following medications can be given:

Weitere wichtige Informationen: /
Further important information:

* Die Verwendung des Sternsymbols (*) bezieht neben weiblichen und männlichen Personen weitere Geschlechter und Geschlechtsidentitäten mit ein.

Swedish Orphan
Biovitrum GmbH
Fraunhoferstr. 9a
82152 Martinsried

www.sobi-deutschland.de

