

BESCHEINIGUNG FÜR DAS MITFÜHREN VON BETÄUBUNGSMITTELN IM RAHMEN EINER ÄRZTLICHEN BEHANDLUNG



ARTIKEL 75 DES SCHENGENER DURCHFÜHRUNGSABKOMMENS

i Bitte lassen Sie dieses Formular von Ihrem verschreibenden Arzt und der für Sie zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörde (oder einer von ihr beauftragten Stelle) ausfüllen und unterzeichnen.

A Verschreibender Arzt

Name		(1)
Vorname		
Telefon		
Anschrift		(2)
		(3)
(Datum)	(Stempel Arzt)	(Unterschrift Arzt)

B Patient

Name, Vorname		(4)
Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokuments		(5)
Geburtsort		(6)
Geburtsdatum		(7)
Staatsangehörigkeit		(8)
Geschlecht		(9)
Wohnanschrift		(10)
Dauer der Reise in Tagen		(11)
Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis – max 30 Tage		(12)

C Verschriebene Arzneimittel

Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung		(13)
Darreichungsform		(14)
Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs		(15)
Wirkstoff-Konzentration		(16)
Gebrauchsanweisung		(17)
Gesamtwirkstoffmenge		(18)
Reichdauer der Verschreibung in Tagen – max. 30 Tage		(19)
Anmerkungen		(20)

D Für die Beglaubigung zuständige Behörde

Bezeichnung		(21)
Anschrift		(22)
Telefon		(23)
(Datum)	(Stempel Behörde)	(Unterschrift Behörde)

**CERTIFICATION TO CARRY
DRUGS AND/OR PSYCHOTROPIC
SUBSTANCES FOR TREATMENT
PURPOSES**

**SCHENGEN IMPLEMENTING
CONVENTION ARTICLE 75**

**CERTIFICAT POUR LE
TRANSPORT DE STUPÉFIANTS
ET/OU DE SUBSTANCE
PSYCHOTROPES Á DES FINS
THÉRAPEUTIQUES**

**ARTICLE 75 DE LA CONVENTION
D'APPLICATION DE L'ACCORD DE
SCHENGEN**

A PRESCRIBING DOCTOR

- (1) name, first name, phone
- (2) address
- (3) stamp, date, signature of doctor

B PATIENT

- (4) name, first name
- (5) no. of passport or other identification document
- (6) place of birth
- (7) date of birth
- (8) nationality
- (9) sex
- (10) address
- (11) duration of travel in days
- (12) validity of authorization from/to – max. 30 days

C PRESCRIBED DRUG

- (13) trade name or special preparation
- (14) dosage form
- (15) international name of active substance
- (16) concentration of active substance
- (17) instructions for use
- (18) total quantity of active substance
- (19) duration of prescription in days – max. 30 days
- (20) remarks

D ACCREDITING AUTHORITY

- (21) expression
- (22) address, phone
- (23) stamp, date, signature of authority

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

- nom, prénom, téléphone
- adresse
- cachet, date, signature du médecin

PATIENT

- nom, prénom
- n° du passeport ou du document d'identité
- lieu de naissance
- date de naissance
- nationalité
- sexe
- adresse
- durée du voyage en jours
- durée de validité de l'autorisation du/au – max. 30 jours

MEDICAMENT PRESCRIT

- nom commercial ou préparation spéciale
- forme pharmaceutique
- Denomination international de la substance active
- concentration de la substance active
- mode d'emploi
- quantité totale de la substance active
- durée de la prescription en jours – max. 30 jours
- remarques

AUTORITÉ QUI AUTHENTIFIE

- désignation
- adresse, téléphone
- sceau, date, signature de l'autorité