

# ZOLLBESCHEINIGUNG

für Medikamente

D

## Sehr geehrte Damen und Herren!

Folgender, an der Bluterkrankheit (Hämophilie) leidender Patient, kann Blutungen nur mit Hilfe von Faktorkonzentraten kontrollieren.

Herr (Frau)

Name des Patienten

der (die) an

z. B. Hämophilie A oder B

erkrankt ist, reist nach

Die vorgenannte Person kann diese Reise nicht ohne Versorgung mit Faktorkonzentraten antreten. Sie führt ausreichende Medikamente zur Selbstinfusion und zusätzliche Mengen für Notfälle mit sich.

Versehentlich beschlagnahmte Faktorkonzentrate können das Leben des oben genannten Patienten gefährden, denn diese Medikamente sind für ihn lebenswichtig.

Ich danke Ihnen für Ihre Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift, Name und Titel des Arztes

# BESCHEINIGUNG DES ARZTES

*Zur Vorlage bei Behörden*

**D**

Herr (Frau)

[Empty text box for patient name]

leidet an einer Blutkrankheit mit dem Namen:

[Empty text box for disease name]

d. h. einem Mangel am Gerinnungsfaktor

[Empty text box for factor name]

Die Person ist mir persönlich bekannt. Bei Blutungen spricht der Patient erfolgreich auf frühzeitige Selbstinfusionen von Faktorkonzentraten an. Vorzugsweise auf:

[Empty text box for factor concentrate name]

Name des Konzentrats

Den Anweisungen von Herrn (Frau)

[Empty text box for patient name]

Name des Patienten

wann und in welcher Menge Faktorkonzentrate zu verabreichen sind,  
kann Folge geleistet werden.

Mit freundlichen Grüßen

[Empty text box for signature and title]

Unterschrift, Name und Titel des Arztes