

## BESCHEINIGUNG DES ARZTES

### Zur Vorlage bei Behörden

Der/die nachfolgende Patient/in:

wird von mir aufgrund folgender Blutgerinnungsstörung behandelt:

Deshalb ist eine Selbstinjektion/-infusion für ihn/sie auch auf Reisen unabdingbar. Besonders gut reagiert er/sie auf dieses Medikament:

Er/sie ist mit der Selbstbehandlung vertraut und kann genau abschätzen in welchen Fällen er/sie welche Dosis davon braucht. Ein Verlust des Medikaments kann schwere gesundheitliche Folgen für meinen Patienten/meine Patientin haben.

Dieser Notfallausweis ist zu beziehen über Novo Nordisk Pharma GmbH, Brucknerstr. 1, 55127 Mainz



DE/CH/0315/0060 Art.-Nr.: 957453 Version 1.2 Druck: 04/2015 Aufl. 2.000 PC/PPPP

## ZOLLBESCHEINIGUNG

Herr/Frau

wird von mir aufgrund folgender Blutgerinnungsstörung behandelt:

An einer Blutkrankheit leidende Personen können Blutungen nur mit Hilfe von Faktorkonzentraten kontrollieren. Mein Patient/meine Patientin ist deshalb darauf angewiesen, dass sein/ihr Medikament nicht beschlagnahmt wird.

Die vorgenannte Person führt für seine/ihre Reise ausreichend Faktorkonzentrat für die Selbstinjektion/-infusion mit sich. Die vorliegende Menge dient der regelmäßigen vorbeugenden Therapie und berücksichtigt zusätzlich eventuellen Mehrbedarf für Notfälle.

Ich danke Ihnen für Ihre Kooperation! Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift, Name und Titel des Arztes, Stempel

## NOTFALL-AUSWEIS EMERGENCY HEALTH CARD



Name / *surname*

Vorname / *first name*

Geburtstag / *born*

Wohnhaft / *residence*

Telefon / *phone*

Im Notfall zu benachrichtigen / *To be informed in case of emergency*

Telefon / *phone*

Bitte führen Sie diesen Ausweis stets mit sich. Bei Verlust lassen Sie sich von Ihrem Arzt einen neuen ausstellen.

## DER PATIENT LEIDET AN EINER GERINNUNGSSTÖRUNG.

### BEI VERLETZUNGEN UND OPERATIONEN KANN ES ZU SCHWEREN BLUTUNGEN KOMMEN.

Dieser Patient leidet an: / *This patient suffers from:*

Zur Blutstillung können folgende Medikamente verabreicht werden: /  
*Following medication can be given for treatment of bleeding:*

Notfallrufnummer behandelnder Arzt (Klinik, Zentrum) /  
*Emergency hotline treating physician (clinic)*

+49 (0)

Notrufnummer behandelnder Hausarzt/  
*Emergency hotline treating physician*

+49 (0)

## DOCTOR'S LETTER

### For presentation to the authorities

The following patient:

is under my care for the following bleeding disorder:

The patient needs to give him/herself self-injections/-infusions when at home and travelling. He/she responds particularly well to the following drug:

The patient is fully aware of how to treat him/herself and can estimate exactly the doses required. Loss of the medication could have serious consequences for the health of my patient.



## CUSTOMS LETTER

Mr/Ms

is under my care because of the following bleeding disorder:

People with such disorders can only control bleeding with blood factor concentrates. It is therefore essential that this drug is not confiscated. For his/her journey, the above-mentioned person has enough factor concentrate for one self-injection/-infusion. The amount provided is used for regular preventative therapy and will also cover any drug needed in an emergency.

Thank you for your cooperation.

Yours sincerely

Signature, name and title of treating physician, stamp