

**Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln
im Rahmen einer ärztlichen Behandlung
- Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens -**

A Verschreibender Arzt:

Dr. Peter Sonja 02205/5001 (1)
(Name) (Vorname) (Telefon)

Sülzthalplatz 1, 51503 Rösrath (2)
(Anschrift)

(Stempel des Arztes) (Datum) (Unterschrift des Arztes) (3)

B Patient:

(Name) (Vorname) (4) _____ (5)
(Nr. des Pases oder eines
anderen Ausweisdokumentes)

(Geburtsort) (6) _____ (7)
(Geburtsdatum)

(Staatsangehörigkeit) (8) _____ (9)
(Geschlecht)

(Wohnanschrift) (10)

(Dauer der Reise in Tagen) (11) _____ (12)
(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)

C Verschriebenes Arzneimittel:

(Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung) (13) _____ (14)
(Darreichungsform)

Methylphenidat _____ (16)
(Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs) (Wirkstoff-Konzentration)

(Gebrauchsanweisung) (17) _____ (18)
(Gesamtwirkstoffmenge)

(Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage) (19)

(Anmerkungen) (20)

D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:

(Bezeichnung) (21)

(Anschrift) (22) _____
(Telefon)

(Stempel der Behörde) (Datum) (Unterschrift der Behörde) (23)