

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

A Verschreibender Arzt:

_____ (1)
(Name) (Vorname) (Telefon)

_____ (2)
(Anschrift)

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

B Patient:

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

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

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

_____ (10)
(Wohnanschrift)

Dauer der Reise inklusive An- und Abreisetag z. B. 10 Tage (11) Datum der Reise (inklusive An- und Abreisetag). z. B. 10.05.2023 – 19.05.2023 (12)

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

C Verschriebenes Arzneimittel:

_____ (13) z. B. Tabletten, Kapseln, Tropfen, Spray, Inhalation nach Verdampfen _____ (14)
(Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung) (Darreichungsform)

_____ (15) Angaben pro Tablette in mg, bei Tropfen pro ml bei Cannabisblüten die Wirkstoff-Konzentration in % _____ (16)
(Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs) (Wirkstoff-Konzentration)

z. B. 0-0-1 (Anzahl/Menge und Häufigkeit pro Tag) (17) Menge an Wirkstoff, die mitgeführt wird (Feld 17 x Feld 19 x Feld 16) z. B. 1 Tablette/Tag x 5 Tage x 5 mg/Tablette = 25 mg _____ (18)
(Gebrauchsanweisung) (Gesamtwirkstoffmenge)

Anzahl der Tage an, denen während der Reise das Medikament eingenommen wird. Bei einer täglichen Einnahme entspricht dies der Dauer der Reise in Tagen, wie bei Feld 11 angegeben. z. B. 10 Tage

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

Bitte hier evtl. Anmerkungen eintragen, andernfalls „keine“ eintragen oder freilassen _____ (20)
(Anmerkungen)

D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:

_____ (21)
(Bezeichnung)

_____ (22)
(Anschrift) (Telefon)

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

Muss vollständig vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt

