

**Certificate for the carrying by travellers under treatment of medical preparations containing narcotic drugs and/or psychotropic substances**

**Certificat pour le transport, par des voyageurs sous traitement, de préparations médicales contenant des stupéfiants et/ou des substances psychotropes**

**Certificado para el transporte de preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas por parte de viajeros que están bajo tratamiento**

**Bescheinigung für Reisende, die mit Betäubungsmitteln behandelt werden und mit diesen verreisen.**

**A. Country and place of issue / Pays et lieu de délivrance / País y lugar de expedición del certificado (Land und Ort der Ausstellung)**

Country / Pays / País (Land):

Place of issue / Lieu de délivrance / Lugar (Ort):

Date of issue / Date de délivrance / Fecha (Datum):

Period of validity / Durée de validité / Período de validez (gültig von - bis) A three month period of validity from the date of issue is recommended (Empfohlene Gültigkeitsdauer: 3 Monate):

Datum der Reise (inklusive An- und Abreisetag), z. B. 10.05.2024 - 19.05.2024.

**B. Prescribing physician / Médecin prescripteur / Médico que extiende la receta  
Verschreibende(r) Ärztin/Arzt)**

Last name, first name / Nom, prénom / apellido y nombre (Nach- und Vorname):

Address / Adresse / Dirección (Adresse):

Phone: country code, local code, number / Téléphone: indicatif de pays, indicatif local, numéro /

Teléfono: indicativo del país, indicativo de la ciudad y número (Telefonnummer mit Vorwahl):

Date, signature and stamp of the physician / Date, signature et cachet du médecin / Fecha, firma y sello del médico (Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes):

**C. Patient / Paciente:**

Last name, first name / Nom, prénom / Apellido y nombre (Nach- und Vorname):

Sex / Sexe / Sexo (Geschlecht):

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento (Geburtsort):

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento (Geburtsdatum):

Home address / Domicile / Domicilio (Wohnadresse):

Number of passport or of identity card / Numéro du passeport ou de la carte d'identité / Número de pasaporte o tarjeta de identificación (Pass- oder Personalausweisnummer):

Intended country of destination / Pays de destination envisagé / País de destino (Reiseland):

Muss vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden

Muss vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden

**D. Prescribed medical preparation / Préparation médicale prescrite / Medicamento prescrito (verschriebenes Betäubungsmittel)**

Trade name of drug (or its composition) / Dénomination commerciale du médicament (ou composition) / Nombre comercial del medicamento (o composición) (Handelsname oder Zusammensetzung des Medikaments):

Dosage form / Forme pharmaceutique / Forma de administración (Darreichungsform):

z. B. Tabletten, Kapseln, Tropfen, Spray, Inhalation nach Verdampfen.

Number of units (tablets, ampoules etc.) / Nombre d'unités (comprimés, ampoules, etc.) / Número de unidades (tabletas, ampollas, etc.) (Zahl der Einheiten (Tabletten, Ampullen, usw.):

Gesamtanzahl der Tabletten/Kapseln/usw. die für die gesamte Reisedauer mitgeführt werden soll (= Tagesdosis x Reisedauer) z. B. 2 Tabletten x Reisedauer 10 Tagen = 20 Tabletten

International name of the active substance / dénomination internationale de la substance active / Denominación común internacional (DCI) de la sustancia activa (Internationale Bezeichnung der Wirksubstanz):

Concentration of active substance / Concentration de la substance active / Concentración de la sustancia activa por unidad de dosificación (Wirkstoffkonzentration):

Angabe in Milligramm (mg) pro Tablette/Kapsel/Schmerzpflaster bzw. pro Milliliter (ml) bei Tropfen/Lösungen; bei Cannabisblüten wird die Wirkstoff-Konzentration in Prozent angegeben.

Total quantity of active substance / Quantité totale de substance active / Cantidad total de sustancia activa (Gesamtwirkstoffmenge):

= Tagesdosis x Verschreibungsdauer x Wirkstoffkonzentration in mg/ml, z. B. 2 Tabletten/Tag x 10 Tage x 20 mg pro Tablette = 400 mg Gesamtwirkstoffmenge.

Instructions for use / Mode d'emploi / Instrucciones de uso (Einnahmeanleitung):

z. B. 0-0-1 (Anzahl/Menge und Häufigkeit pro Tag)

Duration of prescription in days / Durée du traitement (nombre de jours) / Duración de la receta (en días) (Gültigkeitsdauer (in Tagen)):

z. B. 10 Tage (Anzahl der Tage, an denen während der Reise das Medikament eingenommen wird. Bei einer täglichen Einnahme entspricht dies der Dauer der Reise in Tagen)

**E. Issuing authority / Autorité émettrice / Autoridad que expide el certificado (Ausstellende Behörde)**

Official designation (name) of the authority / Désignation officielle (nom) de l'autorité / Designación (nombre) oficial de la autoridad (Offizieller Name der Behörde):

Landratsamt Bamberg - Gesundheitswesen

Address / Adresse / Dirección (Adresse):

Ludwigstr. 25, 96052 Bamberg

Phone: country code, local code, number / Téléphone: indicatif de pays, indicatif local, numéro /

Teléfono: indicativo del país, indicativo de la ciudad y número (Telefonnummer mit Vorwahl):

0951/85-651

Official seal of the authority / Cachet officiel de l'autorité / Sello oficial de la autoridad (Dienstsiegel)

Signature of responsible officer / Signature du responsable / Firma del funcionario responsable (Unterschrift der oder des Verantwortlichen):

Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt

## **Beispiel einer ausgefüllten Bescheinigung**

**Certificate for the carrying by travellers under treatment of medical preparations containing narcotic drugs and/or psychotropic substances**

**Certificat pour le transport, par des voyageurs sous traitement, de préparations médicales contenant des stupéfiants et/ou des substances psychotropes**

**Certificado para el transporte de preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas por parte de viajeros que están bajo tratamiento**

**Bescheinigung für Reisende, die mit Betäubungsmitteln behandelt werden und mit diesen verreisen.**

**A. Country and place of issue / Pays et lieu de délivrance / País y lugar de expedición del certificado (Land und Ort der Ausstellung)**

Country / Pays / País (Land): Deutschland

Place of issue / Lieu de délivrance / Lugar (Ort): Bamberg

Date of issue / Date de délivrance / Fecha (Datum): 05.09.2025

Period of validity / Durée de validité / Período de validez (gültig von - bis) A three month period of validity from the date of issue is recommended (Empfohlene Gültigkeitsdauer: 3 Monate):

10.09.2025 - 19.09.2025

**B. Prescribing physician / Médecin prescripteur / Médico que extiende la receta**

**Verschreibende(r) Ärztin/Arzt)**

Last name, first name / Nom, prénom apellido y nombre (Nach- und Vorname):

Dr. Max Mustermann

Address / Adresse / Dirección (Adresse): Musterstr. 11, 96050 Bamberg

Phone: country code, local code, number / Téléphone: indicatif de pays, indicatif local, numéro /

Teléfono: indicativo del país, indicativo de la ciudad y número (Telefonnummer mit Vorwahl):

0951/12345

Date, signature and stamp of the physician / Date, signature et cachet du médecin / Fecha, firma y sello del médico (Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes):

**C. Patient / Paciente:**

Last name, first name / Nom, prénom /Apellido y nombre (Nach- und Vorname):

Musterfrau, Erika

Sex / Sexe / Sexo (Geschlecht): weiblich

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento (Geburtsort): Bamberg

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento (Geburtsdatum): 17.11.1982

Home address / Domicile / Domicilio (Wohnadresse):

Musterstr. 18, 96050 Bamberg

Number of passport or of identity card / Numéro du passeport ou de la carte d'identité /Número de pasaporte o tarjeta de identificación (Pass- oder Personalausweisnummer):

siehe Reisepass oben rechts

Intended country of destination / Pays de destination envisagé / País de destino (Reiseland):

Japan

**D. Prescribed medical preparation / Préparation médicale prescrite / Medicamento prescrito (verschriebenes Betäubungsmittel)**

Trade name of drug (or its composition) / Dénomination commerciale du médicament (ou composition) / Nombre comercial del medicamento (o composición) (Handelsname oder Zusammensetzung des Medikaments):

Medikinet retard 20 mg

Dosage form / Forme pharmaceutique / Forma de administración (Darreichungsform):

Kapseln

Number of units (tablets, ampoules etc.) / Nombre d'unités (comprimés, ampoules, etc.) / Número de unidades (tabletas, ampollas, etc.) (Zahl der Einheiten (Tabletten, Ampullen, usw.):

20 Kapseln

International name of the active substance / dénomination internationale de la substance active / Denominación común internacional (DCI) de la sustancia activa (Internationale Bezeichnung der Wirksubstanz):

Methylphenidathydrochlorid

Concentration of active substance / Concentration de la substance active / Concentración de la sustancia activa por unidad de dosificación (Wirkstoffkonzentration):

20 mg

Total quantity of active substance / Quantité totale de substance active / Cantidad total de sustancia activa (Gesamtwirkstoffmenge):

400 mg

Instructions for use / Mode d'emploi / Instrucciones de uso (Einnahmeanleitung):

1-0-1

Duration of prescription in days / Durée du traitement (nombre de jours) / Duración de la receta (en días) (Gültigkeitsdauer (in Tagen)): 10 Tage

Remarks / Remarques / Observaciones (Anmerkungen):

keine

**E. Issuing authority / Autorité émettrice / Autoridad que expide el certificado (Ausstellende Behörde)**

Official designation (name) of the authority / Désignation officielle (nom) de l'autorité / Designación (nombre) oficial de la autoridad (Offizieller Name der Behörde):

Landratsamt Bamberg - Gesundheitswesen

Address / Adresse / Dirección (Adresse):

Ludwigstr. 25, 96052 Bamberg

Phone: country code, local code, number / Téléphone: indicatif de pays, indicatif local, numéro / Teléfono: indicativo del país, indicativo de la ciudad y número (Telefonnummer mit Vorwahl):

0951/85-651

Official seal of the authority / Cachet officiel de l'autorité / Sello oficial de la autoridad (Dienstsiegel)

Signature of responsible officer / Signature du responsable / Firma del funcionario responsable

(Unterschrift der oder des Verantwortlichen):

---