

Bei Flug-/Schiffs- und Busreisen zur Vorlage bei der Zollbehörde

Herr/Frau

.....
 Name/name

.....
 Vorname/first name

.....

.....
 Anschrift/address

.....
 Geb.-Datum/date of birth

Zur täglichen Behandlung muss die o.g. Person ihr medizinisches Gerät stets bei sich führen! Bitte erlauben Sie die Mitführung des Gerätes.

The above named person carries his/her medical device for daily treatment .

.....
 Typ/Type

.....
 Serien-Nr./Serial number

.....
 Ort / Datum
 Place / Date

.....
 Unterschrift/ Stempel des behandelnden Arztes
 Signature/ Doctor's signature and stamp