

Ärztliche Bescheinigung (Medical certificate / Certificat médical)

Es wird bescheinigt, dass / This is to certify that / Nous confirmons par la présente que

<input type="text"/>	
Name des Patienten / name of the patient / nom du patient	
<input type="text"/>	
geboren am / date of birth / né(e)le	wohnhaft in / place of residence / domicilié(e) à

insulinpflichtiger bzw. nicht-insulinpflichtiger Diabetiker ist. / is an insulin-dependent resp. non insulin-dependent diabetic. / est diabétique insulinodépendant ou non insulinodépendant.

Zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Therapie müssen auf Reisen folgende Gegenstände mitgeführt werden: / In order to ensure correct therapy, the following should be carried when travelling: / En cas de déplacement, pour garantir un traitement approprié, le patient doit se munir du matériel suivant:

<input type="checkbox"/> Insulinpumpe mit Zubehör insulin pump with accessories pompe à insuline avec accessoires	<input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät blood glucose meter lecteur de glycémie
<input type="checkbox"/> Insulinampullen insulin cartridges ampoules d'insuline	<input type="checkbox"/> Blutlanzetten lancets lancettes
<input type="checkbox"/> Insulinspritzen insulin hypodermic syringes seringues à insuline	<input type="checkbox"/> Injektionsnadeln injection needle seringue à injection
<input type="checkbox"/> Kühlbox für Insulin insulated cooling pack for insulin boîte réfrigérée pour insuline	<input type="checkbox"/> Gerät zur Blutgewinnung pricking device autopiqueur
<input type="checkbox"/> Tabletten tablets comprimés	<input type="checkbox"/> Desinfektionsmittel desinfectant désinfectant
<input type="checkbox"/> Blutzucker-Teststreifen blood glucose test strips bandelettes (sang)	<input type="checkbox"/> Diätetische Lebensmittel diet / Diabetic food provisions aliments diététiques
<input type="checkbox"/> Harnzucker-Teststreifen urine glucose test strips bandelettes (urine)	<input type="checkbox"/> Glucagonspritze gucagon syringe seringues à glucagon
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

M / 01.20 / V05 / 2015-03

Datum / date / date

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes / Doctor's signature and stamp /
signature et cachet du médecin traitant