LANDKREIS WITTMUND

Hilfe zum Ausfüllen der „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung“

Teil A

Muss vollständig vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

Teil B

Muss vollständig vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

(12) „Gültigkeitsdauer der Erlaubnis“

Einzutragen ist das Datum der Reise inklusiv An- und Abreisetag. z. B. 10.05.2025 – 19.05.2025

(11) „Dauer der Reise in Tagen“

Die Dauer der Reise inklusive An- und Abreisetag z. B. 10 Tage

Teil C

Muss vollständig vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

(14) „Darreichungsform“

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

(16) „Wirkstoff-Konzentration“

Angaben pro Tablette, pro ml bei Tropfen – die Angaben erfolgen z. B. in mg; bei Cannabisblüten wird die Wirkstoff-Konzentration in Prozent angegeben

(17) „Gebrauchsanweisung“

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

(19) „Reichdauer der Verschreibung in Tagen“

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 unter (11) angegeben. z. B. 10 Tage

(18) „Gesamtwirkstoffmenge“

Menge an Wirkstoff, die der Patient mit sich führt. = Tagesdosis (17) x Reichdauer (19) x Wirkstoffkonzentration (16) z. B. 2 Tabletten/Tag x 10 Tage x 10 mg/Tablette = 200 mg

(20) „Anmerkungen“

Bitte hier „keine“ eintragen.

Teil D

Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt

Beispiel:

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

A Verschreibender Arzt:

Dr. med. Mustermann (Name)	Max (Vorname)	01234 /56789 (Telefon)	(1)
Musterstraße 11, 12345 Musterhausen (Anschrift)			(2)
Dr. med. Max Mustermann Facharzt für Allgemeinmedizin (Stempel des Arztes)	03.06.2025 (Datum)	Mustermann (Unterschrift des Arztes)	(3)

B Patient:

Musterfrau (Name)	Claudia (Vorname)	(4)	"rechts oben im Ausweis" (Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumentes) (5)
Wittmund (Geburtsort)		(6)	01.01.1999 (Geburtsdatum) (7)
deutsch (Staatsangehörigkeit)		(8)	weiblich (Geschlecht) (9)
Beispielstraße 15a, 26409 Wittmund (Wohnanschrift)			(10)
10 (Dauer der Reise in Tagen)		(11)	10.06.2025 - 19.06.2025 (Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage) (12)

C Verschriebenes Arzneimittel:

Medikinet retard 20 mg (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung		(13)	Kapseln (Darreichungsform) (14)
Methylphenidathydrochlorid (Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)		(15)	20 mg/Kapsel (Wirkstoff-Konzentration) (16)
1-1-0 (Gebrauchsanweisung)		(17)	400 mg, entspricht 20 Kapseln (Gesamtwirkstoffmenge) (18)
10 (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)		(19)	
keine (Anmerkungen)			(20)

D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:

"Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt" (Bezeichnung)			(21)
(Anschrift)		(Telefon)	(22)
(Stempel der Behörde)	(Datum)	(Unterschrift der Behörde)	(23)