

Igazolás gyógyszerkészítmények birtoklására kezelés alatt álló utazók számára

Certificate for medical preparations carried by travellers

Ország (Country) _____ Város (Town) _____ Dátum (Date) _____ (1)

A. Vényt kiállító orvos (Prescribing doctor)

Név (Name) _____ Utónév (First name) _____ Telefon (Tel) _____ (2)

Cím (Address) _____ (3)

Kiadva az orvos által (Where issued by a doctor):

Orvos bélyegzője (Doctor's stamp) _____ Aláírás (Doctors's signature) _____ (4)

B. Beteg (Patient)

Név (Name) _____ Utónév (First name) _____ (5) Útlevel vagy személyi igazolvány száma (No of passport or other identity document) _____ (6)

Születési hely (Place of birth) _____ (7) Születési ideje (Date of birth) _____ (8)

Nemzetiség (Nationality) _____ (9) Neme (Sex) _____ (10)

Cím (Address) _____ (11)

Az utazás időtartama (Number of travel days) _____ (12) Az engedély érvényességi ideje – max. 30 nap (Validity of authorisation – maximum 30 days) _____ (13)

C. Gyógyszer (Prescribed drug)

Készítmény neve (Trade name or special preparation) _____ (14) Adagolási forma (Dosage form) _____ (15)

Hatóanyag nemzetközi megnevezése (International name of the active substance) _____ (16) A hatóanyag koncentrációja (Concentration of the active substance) _____ (17)

Használati utasítás (Instruction for use) _____ (18) A hatóanyag teljes mennyisége (Total quantity of the active substance) _____ (19)

A rendelés időtartama - legfeljebb 30 nap (Duration of prescription in days – maximum 30 days) _____ (20)

Megjegyzés (Remarks) _____ (21)