

Hilfe zum Ausfüllen der „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung“ bei Reisen außerhalb des Schengen-Raums

Teile A, B und D

Müssen **vollständig** vom verschreibenden Arzt ausgefüllt werden.

Teil C

Kann **im Voraus** vom Reisenden ausgefüllt werden.

Teil A

Datum	Ausstellungsdatum des Formulars
Gültig von - bis	Einzutragen ist das Ausstellungsdatum – max. 3 Monate später, z.B. 25.10.2023 – 25.01.2024

Teil D

Darreichungsform	z. B. Tabletten (pills), Kapseln (capsules), Tropfen (drop), Spray (spray), Inhalation nach Verdampfen (inhalation after vaporation)
Zahl der Einheiten (Tabletten, Ampullen usw.)	Menge an Medikament, die der Patient mit sich führt. = Tagesdosis x Reisedauer (inklusive An- und Abreisetag) z.B. 2 Kapseln/Tag x 10 Tage = 20 Kapseln
Wirkstoffkonzentration	Angaben pro Tablette, pro ml bei Tropfen – die Angaben erfolgen z. B. in mg; bei Cannabisblüten wird die Wirkstoff-Konzentration in Prozent angegeben
Gesamtwirkstoffmenge	Menge an Wirkstoff, die der Patient mit sich führt. = Tagesdosis x Reisedauer (inklusive An- und Abreisetag) x Wirkstoffkonzentration z. B. 2 Kapseln/Tag x 10 Tage x 20 mg/Kapsel = 400 mg
Einnahmeanleitung	z. B. 1-1-0 (Anzahl/Menge und Häufigkeit pro Tag)
Gültigkeitsdauer in Tagen	Entspricht der Reisedauer inklusive An- und Abreisetag. z. B. 10 Tage (z. B. bei einer Reise vom 10.05.2023 – 19.05.2023)
Anmerkungen	Angabe des An- und Abreisetags

Teil E

Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt.

Nähere Informationen zu Reisen mit Betäubungsmitteln erhalten Sie unter

[https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen-mit-Betaeubungsmitteln/ node.html](https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen-mit-Betaeubungsmitteln/node.html)

Beispiel siehe nächste Seite

Beispiel

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

Seite 1

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): Germany
 Place of issue / Lieu de délivrance / Lugar (Ort): Albstadt-Ebingen
 Date of issue / Date de délivrance / Fecha (Datum): 27.07.2023
 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): 27.07.2023 - 27.10.2023

B. Prescribing physician / Médecin prescripteur / Médico que extiende la receta
 Verschreibende(r) Ärztin/Arzt
 Last name, first name / Nom, prénom pellido y nombre (Nach- und Vorname):
 Dr. Mustermann, Max
 Address / Adresse / Dirección (Adresse): Beispielstraße 22, 72458 Albstadt
 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):
 0049-7432/123456
 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): female
 Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento (Geburtsort): Balingen
 Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento (Geburtsdatum): 01.02.1976
 Home address / Domicile / Domicilio (Wohnadresse):
 Beispielstraße 10, 72393 Burladingen
 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): C01X0006H

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

Stand: 04.10.2022

Seite 2

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):
 Capsules

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 capsules

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/capsule

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):
 1-1-0

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

Remarks / Remarques / Observaciones (Anmerkungen):
 Travel period 10.05.2023 - 19.05.2023

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):

Gesundheitsamt Zollernalbkreis

Address / Adresse / Dirección (Adresse):
 Weilheimer Str. 31, 72379 Hechingen, Germany

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):
 0049-7471/9309-1568

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):

Stand: 04.10.2022