



# Ärztliche Genehmigung für die Medikamentenmitnahme auf Reisen

Name des Patienten (Vollständiger Name wie im Reisepass) / Name of the patient (Full passport name):

---

Reisepassnummer / Passport number:

---

Arzneimittel Idacio® (Adalimumab) (Unzutreffendes bitte streichen) / Drug Idacio® (Adalimumab) (cross out as necessary)  
Fertigspritze / syringe · Fertigpen / pen · Durchstechflasche / vial

Dosierung / Dosage:

---

Weitere Medikamente / Additional medications:

---

Name des Arztes / Name of the doctor:

---

Name und Adresse der Klinik oder des Krankenhauses / Name and address of clinic or hospital:

---

---

Telefonnummer (mit Auslandsvorwahl) / Telephone number (including global dialling code):

---

## Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich, dass mein Patient, siehe oben, das Arzneimittel Idacio® (Adalimumab) auf Reisen mit sich führen muss.

Tel./Phone:

---

Dieses Schreiben ist ab dem Datum meiner Unterschrift gültig für

---

Mit freundlichen Grüßen

## To whom it may concern,

I am writing to confirm that my patient, named above, who needs to travel with the named drug, Idacio® (Adalimumab).

This letter is valid from the date of my signature for

---

Yours faithfully,

Unterschrift des Arztes / Physician Signature

---

Datum / Date

---