

Ärztliche Bescheinigung

Certificate • Attestation médicale • Doktor Raporu • Certificado médico

Frau/Herr • Mrs./Mr. • M./Mme/Mlle • Bay/Bayan • Sra./Sr.

Geb. am • Born • Né(e) le • Doğum tarihi • Nacido/a el

Wohnanschrift • Address • Adresse • Ev adresi • Dirección

Personalausweis-Nr. • Passport-number • No de la CI/du passeport • Kimlik/Pasaport no. • N° de DNI/pasaporte

Hiermit bestätige ich, dass die o. g. Person an einer chronischen Erkrankung leidet und regelmäßig folgendes verordnetes Medikament einnehmen muss:

I hereby confirm that the aforementioned person suffers from a chronic disease and needs to regularly take the following prescribed medication:

J'atteste que la personne mentionnée ci-dessus est atteinte d'une maladie chronique nécessitant la prise régulière du médicament prescrit suivant :

Yukarıda anılan kişinin kronik hastalığı olduğunu ve hekim tarafından yazılmış olan aşağıdaki ilacı düzenli olarak almak zorunda olduğunu onaylarım:

Por la presente certifico que la persona arriba citada sufre una enfermedad crónica y debe tomar regularmente el medicamento prescrito a continuación:

- metex® Tabletten**
(Wirkstoff: Methotrexat • active ingredient: methotrexate • principe actif: méthotrexate • etken madde: Methotrexate • principio activo: metotrexato)
- Leflunomid medac**
(Wirkstoff: Leflunomid • active ingredient: leflunomide • principe actif: léflunomide • etken madde: leflunomid • principio activo: leflunomida)
- Sulfasalazin medac Tabletten**
(Wirkstoff: Sulfasalazin • active ingredient: sulphasalazine • principe actif: sulfasalazine • etken madde: Sulphasalazine • principio activo: sulfasalacina)
- Azamedac® Tabletten**
(Wirkstoff: Azathioprin • active ingredient: azathioprine • principe actif: azathioprine • etken madde: Azathioprine • principio activo: azatioprina)

Arztstempel • Doctor's stamp • Cachet médical •
Doktorun kaşesi • Sello del médico

Datum/Unterschrift • Date/Seing • Date/Signature •
Tarih/imza • Fecha/Firma