

Ein Service von SCHWARZ PHARMA Deutschland GmbH

Ärztliche Bestätigung

Herr/Frau: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

ist Asthmatiker. Es ist für sie/ihn lebensnotwendig
die Asthmamedikamente

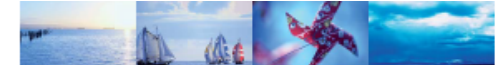
Präparat: _____

in ausreichender Menge ständig im Handgepäck griffbereit zu
haben.

Behandelnder Arzt:

Unterschrift: _____

Stempel:



www.asthma-aktuell.de

Medical Certificate

Mr./Mrs.: _____

Street: _____

Postcode/City: _____

suffers from asthma. The asthma medication

product: _____

is vitally important for him/her. Enough medication
should always be carried in their hand luggage, for easy
access.

Medical doctor:

Signature: _____

Stamp: