

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Es wird bestätigt, dass

.....
Name des Patienten

geboren am:

wohnhaft in:

insulinpflichtiger Diabetiker ist.

Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Therapie müssen auf Reisen folgende Gegenstände mitgeführt werden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> Desinfektionsmittel |
| <input type="checkbox"/> Insulinspritzen | <input type="checkbox"/> Harnzucker-Teststreifen |
| <input type="checkbox"/> Insulinpumpe mit Zubehör | <input type="checkbox"/> Blutzucker-Teststreifen |
| <input type="checkbox"/> Kühlbox für Insulin | <input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät |
| <input type="checkbox"/> Tabletten | <input type="checkbox"/> Lanzetten |
| <input type="checkbox"/> Glukagonspritze | <input type="checkbox"/> Traubenzucker |
| <input type="checkbox"/> Tupfer | <input type="checkbox"/> Diätische Lebensmittel |

.....
.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

