

Atestado

Como médico que trata a la persona siguiente certifico, que

Señor/Señora

Apellido:

Nombre:

Fecha de cumpleaños:

Calle:

CP/Ciudad:

tiene una **enfermedad crónica**. El/Ella es

- Paciente de diálisis (Shunt izquierda / derecha)
- Receptor de órgano trasplantado (riñón, corazón, hígado, pulmón)
- diabética/diabético

Por lo tanto, el/la paciente es dependiente de los siguientes medicamentos vitales:

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

Observación:

.....
.....

El/la paciente tiene que tomar/usar los medicamentos susodichos en intervalos cortos o en caso necesario. En caso de diabetes se necesita también inyecciones para regular la glucemia. Por lo tanto es vital para el/la paciente que **lleva los medicamentos en el equipaje de mano** en una cantidad suficiente (cantidad conforme a la duración del viaje - por lo menos para tres días).

.....
Lugar Fecha

.....
Firma del médico, firma