

## ÄRZTLICHES ZEUGNIS

Ich, der unterzeichnende Dr. \_\_\_\_\_, Doktor der  
Medizin, bescheinige, dass die Untersuchung von  
\_\_\_\_\_ (vollständiger Name)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

die Notwendigkeit der Einnahme des folgenden Lebensmittels für besondere medizinische  
Zwecke (Richtlinie 1999/21/EG der Kommission) ergibt:

---

---

---

---

---

---

Ich bestätige hiermit, dass der Patient wegen einer seltenen Stoffwechselkrankheit behandelt  
wird und die verschriebenen Arzneimittel täglich einnehmen muss. Es ist wichtig, mit genau  
diesem Betrag zu reisen, der für den gesamten Aufenthalt in \_\_\_\_\_ (Land)  
unerlässlich ist.

Date: \_\_\_\_\_

Doctor's sign: \_\_\_\_\_

Stempel des Arztes:

**MEDICAL CERTIFICATE**

I, the undersigned Dr. \_\_\_\_\_, Doctor of Medicine,  
certify that the examination of \_\_\_\_\_ (full name)

Date of birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

reveals the need of taking the following food for special medical purposes (Commission  
Directive 1999/21/EC):

---

---

---

---

---

---

I hereby certify that the patient has been under this treatment due to a rare metabolic disease  
and has to take the prescribed products daily. It's essential to travel with this exactly amount  
which is vital to cover the entire stay in \_\_\_\_\_ (country).

Date: \_\_\_\_\_

Doctor's sign: \_\_\_\_\_

Doctor's Stamp: