
Behandelnder Arzt/Consulting Doctor

Adresse/Address

Datum • Stempel • Unterschrift

Bitte beachten Sie/Please note:

O.g. Patientin / Patienten wird hiermit bescheinigt, dass sie / er infolge der bestehenden Erkrankung auf die ständige Einnahme von Schmerzmitteln und Zusatzmedikamenten gemäß des erstellten Medikamentenplanes angewiesen ist.

The above stated patient is certified to constantly require analgesic drugs and additional medication according to a predetermined medication plan for her or his illness.

Die Schmerzmittel sind ärztlich krankheitsbezogen verordnet.

Ein plötzliches Auslassen der Medikamente kann zu erneuten starken Schmerzen und bedeutsamen Komplikationen führen.

Arbeitskreis „Schmerz“ der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie
Arbeitskreis „Öffentlichkeitsarbeit“ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
Arbeitskreis „Supportivtherapie“ der Deutschen Krebsgesellschaft

Mit freundlicher Unterstützung der Grünenthal GmbH

2013 – CP – 009 / 6611 2041

Ärztliche Bescheinigung Ausweis für Schmerzpatienten

Medical Certification • Document for Pain Patients

Name

Geb.-Datum/Birthday

Adresse/Address
