

Zollbestätigung / Customs Certificate

Der/die Patient/in

Name

Vorname

Geburtsdatum

benötigt zur Thromboseprophylaxe in Risikosituationen wie längeren Flugreisen und längeren Immobilisationen ein niedermolekulares Heparin. Der/die Patient/in führt daher eine entsprechende Medikamentenmenge, die er/sie zur Selbstbehandlung benötigt, im Gepäck mit.

The patient

Name

First name

Date of birth

needs for prophylaxis against deep venous thromboembolism a low molecular weight heparin. He therefore carries with him a sufficient quantity of this medicament.

Gerinnungszentrum Rhein Ruhr – Königstraße 13 – 47051 Duisburg

Telefonnummer: 0203/348336-0 – Faxnummer: 0203/348336-36

Steuernummer : 109/5069/3238