

## Hilfe zum Ausfüllen der „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung“

### Teil A

Muss **vollständig** vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

### Teil B

Muss **vollständig** vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

- (12) **„Gültigkeitsdauer der Erlaubnis“**  
Einzutragen ist das Datum der Reise (inklusive An- und Abreisetag).  
z. B. 10.05.2023 – 19.05.2023
- (11) **„Dauer der Reise in Tagen“**  
Die Dauer der Reise inklusive An- und Abreisetag  
z. B. 10 Tage

### Teil C

Muss **vollständig** vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

- (14) **„Darreichungsform“**  
z. B. Tabletten, Kapseln, Tropfen, Spray, Inhalation nach Verdampfen
- (16) **„Wirkstoff-Konzentration“**  
Angaben pro Tablette, pro ml bei Tropfen – die Angaben erfolgen z. B. in mg; bei Cannabisblüten wird die Wirkstoff-Konzentration in Prozent angegeben
- (17) **„Gebrauchsanweisung“**  
z. B. 1-0-1 (Anzahl/Menge und Häufigkeit pro Tag)
- (19) **„Reichdauer der Verschreibung in Tagen“**  
Anzahl der Tage an, denen während der Reise das Medikament eingenommen wird. Bei einer täglichen Einnahme entspricht dies der Dauer der Reise in Tagen, wie unter (11) angegeben. z. B. 10 Tage
- (18) **„Gesamtwirkstoffmenge“**  
Menge an Wirkstoff, die der Patient mit sich führt.  
= Tagesdosis (17) x Reichdauer (19) x Wirkstoffkonzentration (16)  
z. B. 2 Tabletten/Tag x 10 Tage x 10 mg/Tablette = 200 mg
- (20) **„Anmerkungen“**  
Bitte hier **„keine“** oder dem Patienten entsprechende Anmerkungen eintragen.

### Teil D

Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt.

**Nähere Informationen zu Reisen mit Betäubungsmitteln erhalten Sie unter**  
[https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen-mit-Betaeubungsmitteln/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/Reisen-mit-Betaeubungsmitteln/_node.html)

**Beispiel**

Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung - Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens -		
<b>A Verschreibender Arzt:</b>		
Dr. Mustermann	Max	12345/45678 (1)
(Name)	(Vorname)	(Telefon)
Beispielstraße 22, 72458 Albstadt-Ebingen (2)		
(Anschrift)		
_____	27.07.2023	_____ (3)
(Stempel des Arztes)	(Datum)	(Unterschrift des Arztes)
<b>B Patient:</b>		
Musterfrau	Erika (4)	"im Ausweis rechts oben" (5)
(Name)	(Vorname)	(Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumentes)
Balingen (6)		01.02.1976 (7)
(Geburtsort)		(Geburtsdatum)
deutsch (8)		weiblich (9)
(Staatsangehörigkeit)		(Geschlecht)
Beispielstraße 10, 72393 Burladingen (10)		
(Wohnanschrift)		
10 (11)	10.05.2023 - 19.05.2023 (12)	
(Dauer der Reise in Tagen)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)	
<b>C Verschriebenes Arzneimittel:</b>		
Medikinet retard 20 mg (13)	Kapseln (14)	
(Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung)	(Darreichungsform)	
Methylphenidathydrochlorid (15)	20 mg/Kapsel (16)	
(Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)	(Wirkstoff-Konzentration)	
1-1-0 (17)	400 mg, entspricht 20 Kapseln (18)	
(Gebrauchsanweisung)	(Gesamtwirkstoffmenge)	
10 (19)	_____ (20)	
(Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)	(Anmerkungen)	
<b>D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:</b>		
"wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt" (21)		
(Bezeichnung)		
_____ (22)	_____ (22)	
(Anschrift)	(Telefon)	
_____ (23)	_____ (23)	_____ (23)
(Stempel der Behörde)	(Datum)	(Unterschrift der Behörde)