

Bitte beachten Sie folgende Hinweise

Der Inhaberin/dem Inhaber dieses Passes wird durch die Unterschrift des behandelnden Arztes bestätigt und bescheinigt, dass sie/er krankheitsbedingt auf die ständige Einnahme verschreibungspflichtiger, opioidhaltiger Schmerzmittel angewiesen ist. Die in diesem Pass aufgeführten Arzneimittel sind medizinisch notwendig und müssen deshalb stets zur regelmäßigen Einnahme bereitgehalten werden.

Die ärztlich dokumentierten Einnahmearweisungen sind unbedingt zu beachten. Bei einem plötzlichen Abbruch der regelmäßigen Medikamenteneinnahme können sich die Schmerzen wieder verstärken oder anderweitige medizinische Komplikationen eintreten.

PLEASE NOTE THE FOLLOWING INFORMATION

The signature of the consulting doctor confirms and certifies that, owing to illness, the bearer of this pass is dependent on regularly taking prescription painkillers containing opioids. The medications listed in this pass are medically necessary and must therefore be available for regular intake.

It is essential that the physician's dosage instructions are observed. If the regular dosage were suddenly to be interrupted, the pain could once again increase or other medical complications could ensue.

Ärztliche Bescheinigung
(Bitte in den Ausweispapieren mitführen)

Doctor's confirmation
(Please carry with your identification papers)

OPIOID-Ausweis

für Schmerzpatienten

OPIOID PASS FOR PAIN PATIENTS



UVSD SchmerzLOS e. V.
Gemeinsam gegen den Schmerz
www.uvsd-schmerzlos.de

.....
Name / Name

.....
Geburtsdatum / Date of Birth

Behandelnder Arzt / consulting doctor / Klinik / clinic

Stempel / stamp

