



**Hilfe zum Ausfüllen der Bescheinigung für
das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung
(Art. 75 Schengener Durchführungsabkommen)**

Teil A muss vollständig vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden

Teil B muss vollständig vom behandelnden Arzt oder dem Patienten ausgefüllt werden

(12) Gültigkeitsdauer der Erlaubnis

Datum der Reise (inklusive An- und Abreisetag) z.B. 02.02.2024 - 20.02.2024

(11) Dauer der Reise in Tagen

Dauer der Reise inklusive An- und Abreisetag z.B. 19 Tage

Teil C muss vollständig vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden

(14) Darreichungsform

z.B. Kapseln, Tabletten, Tropfen, Blüten, Pflaster

(15) internationale Bezeichnung des Wirkstoffs

Hier soll die Wirkstoffbezeichnung angegeben werden wie sie auf der Packung steht

(16) Wirkstoffkonzentration

z.B. Angaben pro Tablette in mg, bei Tropfen in mg/ml, bei Blüten in %

(17) Gebrauchsanweisung

Anzahl/Menge /Häufigkeit pro Tag, z.B. 1-1-1, oder 3 x 5 Tropfen täglich, 1 Pflaster alle 3 Tage

(19) Reichdauer der Verschreibung in Tagen

Die Angabe sollte mit der Dauer der Reise in Tagen **(11)** übereinstimmen.

Wenn überzählige Medikamente (z.B. Ersatz- Bedarfsmedikamente, Medikamente für Flugverspätung) mitgenommen werden sollen, muss die erweiterte Reichdauer an diesem Punkt **(19)** vermerkt werden. Diese Medikamente müssen dann in die Gesamtwirkstoffmenge **(18)** eingerechnet werden. Auch bei überzähligen Tropfen einer Flasche kann die erweiterte Reichdauer hier angegeben werden, sie müssen in die Gesamtwirkstoffmenge eingerechnet werden.

z.B. Reisedauer in Tagen **(11)** zuzüglich 1 Tag Reserve für Flugverspätungen

(18) Gesamtwirkstoffmenge (Gwm)

Gesamtmenge an Wirkstoff, die der Patient mit sich führt

Wirkstoffkonzentration **(16)** x Tagesdosis **(17)** x Anzahl der Tage **(17 bzw. 19)**

z.B. bei Tabletten: 10mg **(16)** x 3 Tabletten/Tag **(17)** x 20 Tage **(19)** = 600 mg Gwm

z.B. bei Lösungen: 10 ml Flasche mit einer Wirkstoffkonzentration 50 mg/ml, entsprechend 50mg/ml x 10 ml Lösung= 500 mg Gwm

z.B. bei Pflastern: 8,25 mg / Pflaster x Anzahl der mitzunehmenden Pflaster= Gwm



Gesundheitsamt

Heimstraße 1-3
27711 Osterholz-Scharmbeck
Telefon: 04791 930-2900
Fax: 04791 930-2999
E-Mail: gesundheitsamt@landkreis-osterholz.de
www.landkreis-osterholz.de

Servicezeiten

Mo & Do 8-12 Uhr und 14-16 Uhr
Di 8-18 Uhr (durchgehend)
Mi & Fr 8-12 Uhr
Um Ihnen jederzeit den besten Service bieten zu können, ist eine Terminvereinbarung erforderlich.

Bankverbindung

Sparkasse Rotenburg Osterholz
IBAN: DE35 2415 1235 0018 2000 89
BIC: BRLADE21ROB
Volksbank eG
IBAN: DE40 2916 2394 0005 0008 00
BIC: GENODEF1OHZ

(20) Anmerkungen

z.B. 1 Tag mehr als Reserve bei Flugverspätungen

Nähere Informationen zu Reisen mit Betäubungsmitteln erhalten Sie unter [BfArM - Reisen mit Betäubungsmitteln](#)

Ausgefülltes Beispiel

Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung - Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens -		
A Verschreibender Arzt:		
<u>Dr. Mustermann</u> <small>(Name)</small>	<u>Max</u> <small>(Vorname)</small>	<u>01234-5678</u> <small>(Telefon)</small>
<u>Beispielstraße 25, 27729 Hambergen</u> <small>(Anschrift)</small>		
<u>[Stempel]</u> <small>(Stempel des Arztes)</small>	<u>01.03.2026</u> <small>(Datum)</small>	<u>[Unterschrift]</u> <small>(Unterschrift des Arztes)</small>
B Patient:		
<u>Musterfrau</u> <small>(Name)</small>	<u>Erika</u> <small>(Vorname)</small>	<u>"im Ausweis rechts oben"</u> <small>(Nr. des PASSES oder eines anderen Ausweisdokumentes)</small>
<u>Bremen</u> <small>(Geburtsort)</small>	<u>01.02.1981</u> <small>(Geburtsdatum)</small>	
<u>deutsch</u> <small>(Staatsangehörigkeit)</small>	<u>weiblich</u> <small>(Geschlecht)</small>	
<u>Wegstr 15, 27729 Hambergen</u> <small>(Wohnanschrift)</small>		
<u>10</u> <small>(Dauer der Reise in Tagen)</small>	<u>10.05.2026-19.05.2026</u> <small>(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)</small>	
C Verschriebenes Arzneimittel:		
<u>Medikinet retard 20 mg</u> <small>(Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung)</small>	<u>Kapseln</u> <small>(Darreichungsform)</small>	
<u>Methylphenidathydrochlorid</u> <small>(Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)</small>	<u>20 mg/Kapsel</u> <small>(Wirkstoff-Konzentration)</small>	
<u>1-1-0</u> <small>(Gebrauchsanweisung)</small>	<u>400 mg, entspricht 20 Kapseln</u> <small>(Gesamtwirkstoffmenge)</small>	
<u>10</u> <small>(Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)</small>		
<u>keine</u> <small>(Anmerkungen)</small>		
D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:		
<u>"wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt"</u> <small>(Bezeichnung)</small>		
<u>[Anschrift]</u> <small>(Anschrift)</small>	<u>[Telefon]</u> <small>(Telefon)</small>	
<u>[Stempel]</u> <small>(Stempel der Behörde)</small>	<u>[Datum]</u> <small>(Datum)</small>	<u>[Unterschrift]</u> <small>(Unterschrift der Behörde)</small>