

## POTVRZENÍ O UŽÍVÁNÍ LÉKŮ

Potvrzuji, že níže uvedená osoba je v mé péči a ze zdravotních důvodů musí během cesty užívat následující léky:

Jméno a příjmení pacienta:

\_\_\_\_\_

Datum narození:

\_\_\_\_\_

Název léku / názvy léků:

\_\_\_\_\_

Forma léku: (tablety / injekce / jiná forma)

Dávkování:

\_\_\_\_\_

Uvedené léky jsou zdravotně nezbytné a pacient je musí mít u sebe i během letecké přepravy.

Datum: \_\_\_\_\_

Jméno lékaře: \_\_\_\_\_

Podpis a razítko lékaře:

## MEDICAL CERTIFICATE

I hereby confirm that the following person is under my medical care and is required to carry the listed medication for medical reasons:

Patient's full name:

\_\_\_\_\_

Date of birth:

\_\_\_\_\_

Medication name(s):

\_\_\_\_\_

Form: (tablets / injections / other)

Dosage:

\_\_\_\_\_

The above-mentioned medication is medically necessary and must be carried during air travel.

Date: \_\_\_\_\_

Doctor's name: \_\_\_\_\_

Signature and stamp: