

## Beantragung von BTM-Bescheinigungen für Auslandsreisen:

Ausfüllhinweise zu den Formularen für Betroffene und Arztpraxen

Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Homepage des Landratsamts.

#### **Allgemeine Hinweise:**

- Die benötigten Formulare finden Sie ebenfalls auf der o.g. Homepage des Landratsamts in der rechten Spalte unter "Dokumente". Bitte füllen Sie zur besseren Lesbarkeit die Dokumente nach Möglichkeit digital aus.
- Es gibt zwei unterschiedliche Formulare:
  - Formular für Reisen in Schengen-Staaten
     Welche Länder zum Schengen-Raum gehören, können Sie der Internetseite des
     <u>Auswärtigen Amts</u> entnehmen.
  - 2. <u>Muster-Formular für Reisen in Nicht-Schengen-Staaten</u>
    Da keine international einheitlichen Bestimmungen für die Mitnahme von
    Betäubungsmitteln außerhalb des Schengen-Raums bestehen, müssen sich die
    betroffenen Personen bezüglich der Bestimmungen im Zielland selbst informieren
    (<a href="https://www.incb.org/incb/en/travellers/country-regulations.html">https://www.incb.org/incb/en/travellers/country-regulations.html</a> bzw. deutsche
    Botschaft des Ziellandes).
- Aus Gründen der Übersichtlichkeit gibt es pro Formular drei verschiedene Ausfüllhinweise:
  - Tabletten/Kapseln
  - Lösungen/Tropfen
  - o Cannabisblüten

Bitte suchen Sie die für Sie passenden Ausfüllhinweise heraus, jenachdem ob Tabletten, Lösungen oder Cannabisblüten verschrieben wurden.

#### Direkte Links zu den Seitenzahlen mit den Ausfüllhinweisen:

1.	Ausfüllhinweise Schengen: Tabletten und Kapseln	. 2
2.	Ausfüllhinweise Schengen: Lösungen/Tropfen	. 3
3.	Ausfüllhinweise Schengen: Cannabisblüten	. 4
4.	Ausfüllhinweise Nicht-Schengen: Tabletten und Kapseln	. 5
5.	Ausfüllhinweise Nicht-Schengen: Lösungen/Tropfen	. 7
6	Ausfüllhinweise Nicht-Schengen: Cannahishlüten	9

Seite 1 von 10 Stand: 24.09.2025



## 1. Ausfüllhinweise Schengen: Tabletten und Kapseln

C Verschriebenes Arzneimittel:  Name auf der Verpackung (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung)  kann identisch mit (13) sein, muss aber nicht! (15) (Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs) Z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d" (Gebrauchsanweisuna) Z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days" (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage) Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassen (Anmerkungen)  D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Bezeichnung)  (Anschrift)  (Telefon)	A	Verschreibende	er Arzt:					
Abschnitt A wird vom verschreibenden Arzt bzw.  Arztin ausgefüllt  (Stempel des Arztes)  (Datum)  (Unterschrift des Arztes)  (Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumentes)  (Geburtsort)  (Geburtsort)  (Geburtsort)  (Wohnanschrift)  inklusive An- und Abreisetag, z.B. "9 days"  (Dauer der Reise in Tagen)  (Geschlecht)  (Wohnanschrift)  inklusive An- und Abreisetag, z.B. "9 days"  (Dauer der Reise in Tagen)  (Geltigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)  (Handelsbezeichnung der Sonderzubereitung)  kann identisch mit (13) sein, muss aber nichtl (15)  (Internationale Bezeichnung des Wirksoffs)  z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d"  (Gebrauchsanweisuno)  z.B. 9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days" (19)  (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)  Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassen (Anmerkungen)  D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Reservetabletten)  (Anschrift)  (Telefon)		(Name)	(Vor	mame)	\$200.0000			
(Name) (Vomame)  (Nor. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumenkes)  (Geburtsort)  (Geburtsdatum)  (Staatsangehörigkeit)  (Wohnanschrift)  inklusive An- und Abreisetag, z.B. "9 days"  (Dauer der Reise in Tagen)  (Gultigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)  (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung)  kann identisch mit (13) sein, muss aber nicht!  (Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)  z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d"  (Gebzauchsanweisuna)  z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days"  (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)  Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassen (Anmerkungen)  Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Rezeichnung)  (Anschrift)  (Telefon)  (Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt)		(Anschrift)			chreibenden Arzt bzw.			
(Name) (Vomame) (4)  (Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumentes)  (Geburtsort) (6)  (Staatsangehöngkeit) (8)  (Staatsangehöngkeit) (Geschlecht)  (Wohnanschrift) (Geschlecht)  (Dauer der Reise in Tagen) (Güttigkeitsdauer der Ertaubnis von/bis - max. 30 Tage)  (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung) (13)  (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung) (14)  (Ann identisch mit (13) sein, muss aber nicht! (15)  (Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)  Z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d" (17)  (Gebrauchsanweisuno)  Z.B. "3 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days" (19)  (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)  Angaben zu evtl. Reservetableitten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassen (Anmerkungen)  D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Bezeichnung)		(Stempel des Arztes)		(Datum)	(Unterschrift des Arztes)			
(Name) (Vomame)  (Resultsort)  (Resultsort)  (Resultsangehörigkeit)  (Resultsa	В	Patient:						
(Geburtsort)  (Staatsangehörigkeit)  (Wohnanschrift) inklusive An- und Abreisetag, z.B. "9 days" (Dauer der Reise in Tagen)  (Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)  (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung) kann identisch mit (13) sein, muss aber nicht! (Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs) z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d" (Geburtsort) (Gesamtwirkstoffmenge)  Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpasseni (Anschrift)  (Rezeichnung)  (Anschrift)  (Geburtsdatum)  (Gesamtwirkstoffmenge)  (Gesamtwirkstoffmenge)  (Gesamtwirkstoffmenge)  (Anschrift)  (Telefon)		(Name)	(Vomame)	(4)				
(Staatsangehörigkeit)  (Wohnanschrift)  inklusive An- und Abreisetag, z.B. "9 days" (Dauer der Reise in Tagen)  (Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)  (Verschriebenes Arzneimittel:  Name auf der Verpackung (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung)  kann identisch mit (13) sein, muss aber nichtl (Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)  z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d" (Gebrauchsanweisuna)  z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days" (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)  Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassen (Anmerkungen)  Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Bezeichnung)  Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!		(Geburtsort)		(6)	(Geburtsdatum) (7)			
inklusive An- und Abreisetag, z.B. "9 days" (Dauer der Reise in Tagen)  (C Verschriebenes Arzneimittel:  Name auf der Verpackung (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung) (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung) (Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)  Z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d" (Gebrauchsanweisung)  Z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days" (Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpasseni (Anmerkungen)  Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  [Rezeichnung]  [Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefülltt]		(Staatsangehörigkeit)		(8)	(Geschlecht)			
(Dauer der Reise in Tagen)  (Dauer der Reise in Tagen)  (C Verschriebenes Arzneimittel:  Name auf der Verpackung (Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung)  kann identisch mit (13) sein, muss aber nichtl (15) (Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)  Z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d" (Gebrauchsanweisung)  Z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days" (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)  Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpasseni (Anmerkungen)  Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Bezeichnung)  (Anschrift)  (Güttigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)  "tablets" (Tabletten) oder "capsules" (Kapseln (Darreichungsform)  Z.B. "10mg" bei 10mg-Tabletter (Wirkstoff-Konzentration)  Z.B. "90mg" weil 9d x 10mg/d (ggf. Reserve addieren (Gesamtwirkstoffmenge)  Z.B. "90mg" weil 9d x 10mg/d (ggf. Reserve addieren (Gesamtwirkstoffmenge)  (Anschrift)  (Gesamtwirkstoffmenge)  (Telefon)			inklusivo An und Abraicatad z B "Q days"					
Tablets" (Tabletten) oder "capsules" (Kapseln (Darreichungsform)	-0	(Dauer der Reise in Ta	agen)	(11)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)			
kann identisch mit (13) sein, muss aber nicht! (Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs) Z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d" (Gebrauchsanweisung) Z.B. "90mg" weil 9d x 10mg/d (ggf. Reserve addieren (Gesamtwirkstoffmenge)  (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage) Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassent (Anmerkungen)  Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Bezeichnung)  (Anschrift)  (Telefon)	3	Name auf de	er Verpackung	(13)	"tablets" (Tabletten) oder "capsules" (Kapseln)			
Z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d"  (Gebrauchsanweisung)  Z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days"  (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)  Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassen:  (Anmerkungen)  Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Bezeichnung)  (Anschrift)  (Telefon)  Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!		kann identisch mit			z.B. "10mg" bei 10mg-Tabletten (16			
Z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days"  (Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)  Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassent (Anmerkungen)  Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Bezeichnung)  (Anschrift)  (Telefon)  Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!		z.B. "1-0-0-0"	oder "10mg/d"	(17)	z.B. "90mg" weil 9d x 10mg/d (ggf. Reserve addieren) (18			
Angaben zu evtl. Reservetabletten hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassent (Anmerkungen)  Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Bezeichnung)  (Anschrift)  (Telefon)  Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!		z.B. "9 days" oder k	z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days"		(Gesamtwirkstommenge)			
Für die Beglaubigung zuständige Behörde:  (Bezeichnung)  (Anschrift)  (Telefon)  Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!		Angaben zu evtl. Rese			er (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassen! (20			
(Anschrift)  (Telefon)  Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!	)	A DESCRIPTION FOR THE TE	bigung zuständige Be	ehörde:				
Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!		(Bezeichnung)			(21			
		(Anschrift)			el la			
			Abschnitt D wird nu	r vom Gesu	ndheitsamt ausgefüllt!			
(Stempel der Behörde) (Datum) (Unterschrift der Behörde)		20 July Politics		(72 to m)	(23			

Seite 2 von 10 Stand: 24.09.2025



## 2. Ausfüllhinweise Schengen: Lösungen/Tropfen

	(Name)	C	(Vomame)	70	(Telefon)	
	(Anschrift)	Abschnitt A v Ärztin ausge		hreibenden Arzt bz	W.	
L	(Stempel des Arztes)		(Datum)	(Ur	nterschrift des Arztes)	
В	Patient:					
	Alemal	Alemanal	(4)	(Nr. des Passes od	t-rainas	2.0
	(Name)	(Vorname)		(Nr. des Passes od anderen Ausweisdo		
			(6)			
	(Geburtsort)			(Geburtsdatum)		(E) <sup>5</sup>
n möglich, kann			(8)			
Apotheke die für Reisedauer	(Staatsangehörigkeit)		Ray Chester	(Geschlecht)		**
tigte Menge						(
t abfüllen. Falls nicht möglich ist,	(Wohnanschrift)	·		Paienzoitre		2025"
je nach	Inklusive An- und Abrei	isetag, z.b. 9 da	ays" (11)		aum, z.B. "31.08.2025-08.09.2	
elfallprüfung i eine	(Dauer der Reise in Tagen)			(Gültigkeitsdauer der	er Erlaubnis von/bis - max. 30 1	Fage)
ebrochene che mitgeführt	Verschriebenes Arzr					
len. Dies ist	Name auf der Ve		(13)		s" (Tropfen)	
n entsprechend r (20) zu	(Handelsbezeichnung oder Sor			(Darreichungsform)		
itern, z.B.	kann identisch mit (13) s	sein, muss aber n	icht! (15)	z.B. "25mg	ı/ml"	
ached XXml- e will be carried.	(Internationale Bezeichnung de	es Wirkstoffs)		(Wirkstoff-Konzentra		
ct quantity could	z.B. "0,5 ml per da	ıy"	(17)		bottle = 125mg"	
e filled". Bei ist dann die	(Gebrauchsanweisung)			(Gesamtwirkstoffme	enge)	6350
rüngliche	z.B. "9 days" oder bei Res		(19)			
nenge der che anzugeben	(Reichdauer der Verschreibung		age)			
. "broached	siehe Kasten link	S				(
I-bottle"), da anders nicht	(Anmerkungen)					
tikabel an der	Für die Beglaubigun	ng zuständige	Behörde:			
nze zu rollieren ist.						
Ollieren ist.	(Bezeichnung)					
	,					
ı	(Anschrift)			(Te	elefon)	
ı	V				0.00	
2000)		Abschnitt D wird	nur vom Gesun	ndheitsamt ausgefü	iliti	

Seite 3 von 10 Stand: 24.09.2025



## 3. Ausfüllhinweise Schengen: Cannabisblüten

_					
(1)	Name)	(Vi	orname)	(Telefon)	
(4	Anschrift)	Abschnitt A w Ärztin ausgefü		hreibenden Arzt bzw.	
(5	Stempel des Arztes)	r 4 Zan daogen	(Datum)	(Unterschrift des Arztes)	
F	Patient:		1,000,000,000	35	
-			(4)		
(P	Name) ('	/omame)		(Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumentes)	
(0	Geburtsort)		(6)	(Geburtsdatum)	
(8	Staatsangehörigkeit)		<u>(8)</u>	(Geschlecht)	
j					
(1	Wohnanschrift)				
Ī		setad z B "9 day	vs"	genauer Reisezeitraum, z.B. "31.08.2025-08.09.	2025"
	inklusive An- und Abreis Dauerder Reise in Tagen)	setag, z.B. "9 day	ys" 11)	genauer Reisezeitraum, z.B. *31.08.2025-08.09. (Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30	
([	inklusive An- und Abreis		ys" (11)		
(C	inklusive An- und Abreis Dauer der Reise in Tagen) Verschriebenes Arzn Name auf der Ver	eimittel: packung	(13)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 z.B. "flos" (Blüten)	
(t	inklusive An- und Abreis Dauer der Reise in Tagen) Verschriebenes Arzn Name auf der Ver Handelsbezeichnung oder Son	eimittel: packung derzubereitung)	(13)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30	
(t	inklusive An- und Abreis  Dauer der Reise in Tagen)  Verschriebenes Arzn  Name auf der Ver  Handelsbezeichnung oder Sono  THC - Tetrahydro  Internationale Bezeichnung des	eimittel: packung ferzubereitung) cannabinol Wirkstoffs)	(13) (15)	Z.B. "flos" (Blüten)  (Darreichungsform)  Z.B. "30% THC"  (Wirkstoff-Konzentration)	Tage)
(C)	inklusive An- und Abreis Dauer der Reise in Tagen) Verschriebenes Arzn Name auf der Ver Handelsbezeichnung oder Sono THC - Tetrahydro Internationale Bezeichnung des Z.B. "0,5g/d via vap Gebrauchsanweisung)	eimittel: packung derzubereitung) cannabinol Wirkstoffs) orizer"	(13) (15) (17)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30  Z.B. "flos" (Blüten)  (Darreichungsform)  Z.B. "30% THC"	Tage)
(C)	inklusive An- und Abreis Dauer der Reise in Tagen) Verschriebenes Arzn Name auf der Ver Handelsbezeichnung oder Sono THC - Tetrahydro Internationale Bezeichnung des Z.B. "0,5g/d via vap	eimittel:  packung  derzubereitung)  cannabinol  Wirkstoffs)  Orizer"	(13) (15) (17) (17) (19)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30  Z.B. "flos" (Blüten)  (Darreichungsform)  Z.B. "30% THC"  (Wirkstoff-Konzentration)  z.B. "1,35g THC in 4,5g flos" (ggf. Reserve add	Tage)
(C)	inklusive An- und Abreis Dauer der Reise in Tagen) Verschriebenes Arzn Name auf der Ver Handelsbezeichnung oder Sono THC - Tetrahydro Internationale Bezeichnung des Z.B. "0,5g/d via vap Gebrauchsanweisung) z.B. "9 days" oder bei Rese Reichdauer der Verschreibung in Angaben zu evtl. Reservemeng	eimittel:  packung  derzubereitung)  cannabinol  Wirkstoffs)  Orizer"  rve für 1Tag "10da	(13) (15) (17) (17) (19)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30  Z.B. "flos" (Blüten)  (Darreichungsform)  Z.B. "30% THC"  (Wirkstoff-Konzentration)  z.B. "1,35g THC in 4,5g flos" (ggf. Reserve add	Tage)
(C)	inklusive An- und Abreis Dauer der Reise in Tagen) Verschriebenes Arzn Name auf der Ver Handelsbezeichnung oder Sono THC - Tetrahydro Internationale Bezeichnung des Z.B. "0,5g/d via vap Gebrauchsanweisung) z.B. "9 days" oder bei Rese Reichdauer der Verschreibung in	eimittel:  packung  derzubereitung)  cannabinol  Wirkstoffs)  orizer"  rve für 1Tag "10da  n Tagen - max. 30 Tag en hier möglich. Rese	(13) (15) (17) (17) (19) (19)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30  Z.B. "flos" (Blüten)  (Darreichungsform)  Z.B. "30% THC"  (Wirkstoff-Konzentration)  z.B. "1,35g THC in 4,5g flos" (ggf. Reserve add	Tage)
(C)	inklusive An- und Abreis Dauer der Reise in Tagen) Verschriebenes Arzne Name auf der Ver Handelsbezeichnung oder Sono THC - Tetrahydro Internationale Bezeichnung des Z.B. "0,5g/d via vap Gebrauchsanweisung) z.B. "9 days" oder bei Rese Reichdauer der Verschreibung in Angaben zu evtl. Reservemeng	eimittel:  packung  derzubereitung)  cannabinol  Wirkstoffs)  orizer"  rve für 1Tag "10da  n Tagen - max. 30 Tag en hier möglich. Rese	(13) (15) (17) (17) (19) (19)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30  Z.B. "flos" (Blüten)  (Darreichungsform)  Z.B. "30% THC"  (Wirkstoff-Konzentration)  z.B. "1,35g THC in 4,5g flos" (ggf. Reserve add	Tage)
(FF	inklusive An- und Abreis Dauer der Reise in Tagen) Verschriebenes Arzne Name auf der Ver Handelsbezeichnung oder Sono THC - Tetrahydro Internationale Bezeichnung des Z.B. "0,5g/d via vap Gebrauchsanweisung) z.B. "9 days" oder bei Rese Reichdauer der Verschreibung in Angaben zu evtl. Reservemeng	eimittel:  packung  derzubereitung)  cannabinol  Wirkstoffs)  orizer"  rve für 1Tag "10da  n Tagen - max. 30 Tag en hier möglich. Rese	(13) (15) (17) (17) (19) (19)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30  Z.B. "flos" (Blüten)  (Darreichungsform)  Z.B. "30% THC"  (Wirkstoff-Konzentration)  z.B. "1,35g THC in 4,5g flos" (ggf. Reserve add	Tage)

Seite 4 von 10 Stand: 24.09.2025

## 4. Ausfüllhinweise Nicht-Schengen: Tabletten und Kapseln



narcotic drugs and/or psychotropic substances

Certificat pour le transport, par des voyageurs sous traitement, de préparations médicales contenant des stupéfiants et/ou des substances psychotropes

Certificado para el transporte de preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas por parte de viajeros que están bajo tratamiento Bescheinigung für Reisende, die mit Betäubungsmitteln behandelt werden und mit diesen verreisen.

A. Country and place of issue / Pays et lieu de deliverance / País y lugar de expedición del ertificado (Land und Ort der Ausstellung)

Country / Pays / País (Land):

Place of issue / Lieu de deliverance / Lugar (Ort):

Date of issue / Date de deliverance / Fecha (Datum):

Period of validity / Durée de validité / Período de validez (Gültigkeit der Bescheinigung von - bis )

A three month period of validity from the date of issue is recommended

(empfohlene Gültigkeit der Bescheinigung 3 Monate, aber Reisedauer max. 30 Tage) genauer Reisezeitraum: z.B.

30.08.2025-07.09.2025

B. Prescribing physician / Médecin prescripteur / Médico que extiende la receta Verschreibende(r) Ärztin/Arzt)

Last name, first name / Nom, prénom pellido y nombre (Nach- und Vorname):

Address / Adresse / Dirección (Adresse):

Phone: country code, local code, number / Téléphone: indicatif de pays, indicatif local, numéro / Teléfono: indicativo del país, indicativo de la ciudad y número (Telefonnummer mit Vorwahl):

Date, signature and stamp of the physician / Date, signature et cachet du médecin / Fecha, firma y sello del médico (Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes):

Daten des behandelnden Arztes.

In Zeile 1-3

eintragen, wo und wann die

Bescheinigung

ausgestellt wird: Land =

"Germany"

Stempel, Unterschrift und Datum nicht vergessen!

#### C. Patient / Paciente:

Last name, first name / Nom, prénom /Apellido y nombre (Nach- und Vorname):

Sex / Sexe / Sexo (Geschlecht):

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento (Geburtsort):

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento (Geburtsdatum):

Home address / Domicile / Domicilo (Wohnadresse):

Number of passport or of identity card / Numéro du passeport ou de la carte d'identité /Número de pasaporte o tarjeta de identificación (Pass- oder Personalausweisnummer):

Intended country of destination / Pays de destination envisagé / País de destino (Reiseländer):

Die Patienten-Daten sind vollständig auszufüllen

Reiseland in englischer Sprache eintragen!

Stand: 01.12.2023

Seite 5 von 10 Stand: 24.09.2025



# D. Prescribed medical preparation / Préparation médicale prescrite / Medicamento prescrito (verschriebenes Betäubungsmittel)

Trade name of drug (or its composition) / Dénomination commerciale du médicament (ou composition) / Nombre comercial del medicamento (o composición) (Handelsname oder Zusammensetzung des Medikaments): Name auf der Medikamenten-Verpackung

#### z.B. "Subutex"

Dosage form / Forme pharmaceutique / Forma de administración (Darreichungsform):

## z.B. "tablets" (Tabletten) oder "capsules" (Kapseln)

Number of units (tablets, ampoules etc.) / Nombre d'unités (comprimés, ampoules, etc.) / Número de unidades (tabletas, ampollas, etc.) (Zahl der Einheiten (Tabletten, Ampullen, usw.)):

### Anzahl der insgesamt mitgeführten Tabletten/Kapseln

International name of the active substance / dénomination internationale de la sustance active / Denominación común internacional (DCI) de la sustancia activa (Internationale Bezeichnung der Wirksubstanz):

### z.B. "Buprenorphin"

Concentration of active substance / Concentration de la substance active /Concentración de la sustancia activa por unidad de dosificación (Wirkstoffkonzentration):

### z.B. "2mg" bei 2mg-Tabletten

Total quantity of active substance / Quantité totale de substance active /Cantidad total de sustancia activa (für die Reise benötigte Gesamtwirkstoffmenge):

#### Insgesamt mitgeführte Wirkstoffmenge in mg

Instructions for use / Mode d'emploi / Instrucciones de uso (Einnahmeanleitung):

#### z.B. "1 tablet/day" bzw. "1-0-0-0"

Duration of prescription in days / Duráe du traitement (nombre de jours) / Duración de la receta (en días) (Verordnungsdaten in Tagen (max. 3 Reisedauer inkl. An/Abreisetag ggf. + Reservetag(e) Remarks / Remarques / Observaciones (Anmerkungen):

Evtl. Reserve hier erläutern! Zur Tablettenzahl + Gesamtwirkstoffmenge addieren!

## E. Issuing authority / Autorité émettrice / Autoridad que expide el certificado (Ausstellende Behörde) Abschnitt E füllt nur das Gesundheitsamt aus!

Official designation (name) of the authority / Désignation officielle (nom) de l'autorité/Designación (nombre) oficial de la autoridad (Offizieller Name der Behörde):

Beispiel: 9 Tage x 1Tablette tgl. x 2mg (pro Tbl.) = 18mg

Eventuelle Reserve in diesem Feld dazu addieren!

Seite 6 von 10 Stand: 24.09.2025

Eventuelle Reserve in diesem Feld dazu addieren!

Anzahl Reisetage

(inkl. An- und

Abreisetag) x Tabl. pro Tag!

Angabe in diesem Feld kann mit Handelsname identisch sein, muss aber nicht!



#### 5. Ausfüllhinweise Nicht-Schengen: Lösungen/Tropfen

narcotic drugs and/or psychotropic substances

Certificat pour le transport, par des voyageurs sous traitement, de préparations médicales contenant des stupéfiants et/ou des substances psychotropes

Certificado para el transporte de preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas por parte de viajeros que están bajotratamiento

Bescheinigung für Reisende, die mit Betäubungsmitteln behandelt werden und mit diesen verreisen.

## A. Country and place of issue / Pays et lieu de deliverance / País y lugar de expedición del ertificado (Land und Ort der Ausstellung)

Country / Pays / País (Land):

Place of issue / Lieu de deliverance / Lugar (Ort):

Date of issue / Date de deliverance / Fecha (Datum):

Period of validity / Durée de validité / Período de validez (Gültigkeit der Bescheinigung von - bis ) A three month period of validity from the date of issue is recommended

(empfohlene Gültigkeit der Bescheinigung 3 Monate, aber Reisedauer max. 30 Tage) qenauer Reisezeitraum: z.B.

30.08.2025-07.09.2025

B. Prescribing physician / Médecin prescripteur / Médico que extiende la receta Verschreibende(r) Ärztin/Arzt)

Last name, first name / Nom, prénom pellido y nombre (Nach- und Vorname):

Address / Adresse / Dirección (Adresse):

Phone: country code, local code, number / Téléphone: indicatif de pays, indicatif local, numéro /

Teléfono: indicativo del país, indicativo de la ciudad y número (Telefonnummer mit Vorwahl):

Date, signature and stamp of the physician / Date, signature et cachet du médecin / Fecha, firma y sello del médico (Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes):

Daten des behandelnden Arztes.

In Zeile 1-3

eintragen, wo und wann die

Bescheinigung ausgestellt wird:

Land =

"Germany"

Stempel. Unterschrift und Datum nicht vergessen!

#### C. Patient / Paciente:

Last name, first name / Nom, prénom /Apellido y nombre (Nach- und Vorname):

Sex / Sexe / Sexo (Geschlecht):

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento (Geburtsort):

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento (Geburtsdatum):

Home address / Domicile / Domicilo (Wohnadresse):

Number of passport or of identity card / Numéro du passeport ou de la carte d'identité /Número de pasaporte o tarjeta de identificación (Pass- oder Personalausweisnummer):

Intended country of destination / Pays de destination envisagé / País de destino (Reiseländer):

Die Patienten-Daten sind vollständig auszufüllen.

Reiseland in englischer Sprache eintragen!

Stand: 01.12.2023

Seite 7 von 10 Stand: 24.09.2025



# D. Prescribed medical preparation / Préparation médicale prescrite / Medicamento prescrito (verschriebenes Betäubungsmittel)

Trade name of drug (or its composition) / Dénomination commerciale du médicament (ou composition) / Nombre comercial del medicamento (o composición) (Handelsname oder

Zusammensetzung des Medikaments): Name auf der Medikamenten-Verpackung

## z.B. "Ölige Dronabinol Tropfen"

Dosage form / Forme pharmaceutique / Forma de administración (Darreichungsform):

## z.B. "drops" (Tropfen)

Number of units (tablets, ampoules etc.) / Nombre d'unités (comprimés, ampoules, etc.) / Número de Wenn möglich, unidades (tabletas, ampollas, etc.) (Zahl der Einheiten (Tabletten, Ampullen, usw.)):

## z.B. "5ml - bottle" oder bei angebrochener Flasche: "broached 10ml - bottle"

International name of the active substance / dénomination internationale de la sustance active Denominación común internacional (DCI) de la sustancia activa (Internationale Bezeichnung der Wirksubstanz):

## z.B. "Dronabinol" / "Tetrahydrocannabinol (THC)"

Concentration of active substance / Concentration de la substance active /Concentración de la sustancia activa por unidad de dosificación (Wirkstoffkonzentration):

## z.B. "25mg/ml"

Total quantity of active substance / Quantité totale de substance active /Cantidad total de sustancia activa (für die Reise benötigte Gesamtwirkstoffmenge):

z.B."5ml-bottle =125mg" bzw. bei angebrochener Flasche: "broached 10ml - bottle"

Instructions for use / Mode d'emploi / Instrucciones de uso (Einnahmeanleitung):

## z.B. "0,5ml per day"

Duration of prescription in days / Duráe du traitement (nombre de jours) / Duración de la receta (en días (Verordnungsdaten in Tagen (max. 3 Reisedauer in Tagen inkl. An-und Abreisetag z.B. "9" Remarks / Remarques / Observaciones (Anmerkungen):

Hier erläutern, was genau mitgeführt wird, siehe Kasten rechts

# E. Issuing authority / Autorité émettrice / Autoridad que expide el certificado (Ausstellende Behörde) Abschnitt E füllt <u>nur</u> das Gesundheitsamt aus!

Official designation (name) of the authority / Désignation officielle (nom) de l'autorité/Designación (nombre) oficial de la autoridad (Offizieller Name der Behörde):

Address / Adresse / Dirección (Adresse):

kann die Apotheke die für die Reisedauer benötiate Menge exakt abfüllen. Falls das nicht möglich ist, kann je nach Einzelfallprüfung auch eine angebrochene Flasche mitaeführt werden. Dies ist dann entsprechend unter "Anmerkungen" zu erläutern, z.B. "broached XXmlbottle will be carried Exact quantity could not be filled". Bei Gesamtwirkstoff menge ist dann die ursprüngliche Füllmenge der Flasche anzugeben (z.B. "broached 10mlbottle"), da dies anders nicht praktikabel an

der Grenze zu

kontrollieren ist.

Seite 8 von 10 Stand: 24.09.2025

## 6. Ausfüllhinweise Nicht-Schengen: Cannabisblüten



narcotic drugs and/or psychotropic substances

Certificat pour le transport, par des voyageurs sous traitement, de préparations médicales contenant des stupéfiants et/ou des substances psychotropes

Certificado para el transporte de preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas por parte de viajeros que están bajo tratamiento Bescheinigung für Reisende, die mit Betäubungsmitteln behandelt werden und mit diesen verreisen.

A. Country and place of issue / Pays et lieu de deliverance / País y lugar de expedición del ertificado (Land und Ort der Ausstellung)

Country / Pays / País (Land):

Place of issue / Lieu de deliverance / Lugar (Ort):

Date of issue / Date de deliverance / Fecha (Datum):

Period of validity / Durée de validité / Período de validez (Gültigkeit der Bescheinigung von - bis ) A three month period of validity from the date of issue is recommended

(empfohlene Gültigkeit der Bescheinigung 3 Monate, aber Reisedauer max. 30 Tage) genauer Reisezeitraum: z.B.

30.08.2025-07.09.2025

B. Prescribing physician / Médecin prescripteur / Médico que extiende la receta Verschreibende(r) Ärztin/Arzt)

Last name, first name / Nom, prénom pellido y nombre (Nach- und Vorname):

Address / Adresse / Dirección (Adresse):

Phone: country code, local code, number / Téléphone: indicatif de pays, indicatif local, numéro /

Teléfono: indicativo del país, indicativo de la ciudad y número (Telefonnummer mit Vorwahl):

Daten des behandelnden Arztes.

In Zeile 1-3

eintragen, wo und wann die

Bescheinigung ausgestellt wird:

Land =

"Germany"

Stempel. Unterschrift und Datum nicht vergessen!

Date, signature and stamp of the physician / Date, signature et cachet du médecin / Fecha, firma y sello del médico (Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes):

#### C. Patient / Paciente:

Last name, first name / Nom, prénom /Apellido y nombre (Nach- und Vorname):

Sex / Sexe / Sexo (Geschlecht):

Place of birth / Lieu de naissance / Lugar de nacimiento (Geburtsort):

Date of birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento (Geburtsdatum):

Home address / Domicile / Domicilo (Wohnadresse):

Number of passport or of identity card / Numéro du passeport ou de la carte d'identité /Número de pasaporte o tarjeta de identificación (Pass- oder Personalausweisnummer):

Intended country of destination / Pays de destination envisagé / País de destino (Reiseländer):

Die Patienten-Daten sind vollständig auszufüllen.

Reiseland in englischer Sprache eintragen!

Stand: 01.12.2023

Seite 9 von 10 Stand: 24.09.2025



# D. Prescribed medical preparation / Préparation médicale prescrite / Medicamento prescrito (verschriebenes Betäubungsmittel)

Trade name of drug (or its composition) / Dénomination commerciale du médicament (ou composition) / Nombre comercial del medicamento (o composición) (Handelsname oder Zusammensetzung des Medikaments): Name auf der Verpackung

#### z.B. "420 Evolution 30/1 CA"

Dosage form / Forme pharmaceutique / Forma de administración (Darreichungsform):

## z.B. "flos" (Blüten)

Anzahl

Reisetage

(inkl. An- und

Abreisetaa) x

Tagesbedarf

in Gramm pro

Tag!

Eventuelle

Reserve in

diesem Feld

dazu

addieren!

Number of units (tablets, ampoules etc.) / Nombre d'unités (comprimés, ampoules, etc.) / Número de unidades (tabletas, ampollas, etc.) (Zahl der Einheiten (Tabletten, Ampullen, usw.)):

## Gesamtmenge der mitgeführten Cannabis-Blüten in Gramm hier angeben!

International name of the active substance / dénomination internationale de la sustance active Denominación común internacional (DCI) de la sustancia activa (Internationale Bezeichnung der Wirksubstanz):

#### "Tetrahydrocannabinol (THC)"

Concentration of active substance / Concentration de la substance active /Concentración de la sustancia activa por unidad de dosificación (Wirkstoffkonzentration):

#### z.B. "30%THC"

Total quantity of active substance / Quantité totale de substance active /Cantidad total de sustancia activa (für die Reise benötigte Gesamtwirkstoffmenge):

### THC-Anteil in Gramm (und Gesamtmenge der mitgeführten Blüten in Gramm)

Instructions for use / Mode d'emploi / Instrucciones de uso (Einnahmeanleitung):

#### z.B. "1g / day via vaporizer"

Duration of prescription in days / Durée du traitement (nombre de jours) / Duración de la receta (en días (verordnungsdaten in Tagen (max. 3 Reisedauer inkl. An/Abreisetag ggf. + Reservetag(e) Remarks / Remarques / Observaciones (Anmerkungen):

#### Eventuelle Reserve hier erläutern!

## E. Issuing authority / Autorité émettrice / Autoridad que expide el certificado (Ausstellende Behörde) Abschnitt E füllt nur das Gesundheitsamt aus!

Official designation (name) of the authority / Désignation officielle (nom) de l'autorité/Designación

Gesamtmenge Blüten (in Gramm) x Wirkstoffkonze ntration. z.B. "2,7g THC" da 30%x9g=2,7g.

Zusätzlich kann hier erneut die Gesamtmenge der Blüten in gr. angegeben werden: z.B.:

"2,7g THC in 9g flos"

Die
Gesamtmenge
der Blüten <u>muss</u>
an mind, einer
<u>Stelle im</u>
<u>Formular</u>
angegeben sein,
um eine
Kontrolle an der
Grenze zu
ermöglichen.

Eventuelle Reserve in diesem Feld dazu addieren!

Seite 10 von 10 Stand: 24.09.2025