

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:
 1. [Formular für Reisen in Schengen-Staaten](#)
Welche Länder zum Schengen-Raum gehören, können Sie der [Internetseite des Auswärtigen Amts](#) entnehmen.
 2. [Muster-Formular für Reisen in Nicht-Schengen-Staaten](#)
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 (<https://www.incb.org/incb/en/travellers/country-regulations.html> bzw. deutsche Botschaft des Ziellandes).
- Aus Gründen der Übersichtlichkeit gibt es pro Formular drei verschiedene Ausfüllhinweise:
 - Tabletten/Kapseln
 - Lösungen/Tropfen
 - Cannabisblüten
 Bitte suchen Sie die für Sie passenden Ausfüllhinweise heraus, je nachdem 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: Cannabisblüten.....	9

1. Ausfüllhinweise Schengen: Tabletten und Kapseln

A Verschreibender Arzt:	
(Name)	(Vorname)
(Anschrift)	
Abschnitt A wird vom verschreibenden Arzt bzw. Ärztin ausgefüllt!	
(Stempel des Arztes)	(Datum)
(Unterschrift des Arztes)	

B Patient:	
(Name)	(Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumentes)
(Geburtsort)	(Geburtsdatum)
(Staatsangehörigkeit)	(Geschlecht)
(Wohnanschrift)	
inklusive An- und Abreisetag, z.B. "9 days"	genauer Reisezeitraum, z.B. "31.08.2025-08.09.2025"
(Dauer der Reise in Tagen)	(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)

C Verschriebenes Arzneimittel:	
Name auf der Verpackung	"tablets" (Tabletten) oder "capsules" (Kapseln)
(Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung)	(Darreichungsform)
kann identisch mit (13) sein, muss aber nicht!	z.B. "10mg" bei 10mg-Tabletten
(Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)	(Wirkstoff-Konzentration)
z.B. "1-0-0-0" oder "10mg/d"	z.B. "90mg" weil 9d x 10mg/d (ggf. Reserve addieren)
(Gebrauchsanweisung)	(Gesamtwirkstoffmenge)
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)
Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!	
(Stempel der Behörde)	(Datum)
(Unterschrift der Behörde)	

2. Ausfüllhinweise Schengen: Lösungen/Tropfen

			(1)
(Name)	(Vorname)	(Telefon)	
			(2)
(Anschrift)			
Abschnitt A wird vom verschreibenden Arzt bzw. Ärztin ausgefüllt!			
			(3)
(Stempel des Arztes)	(Datum)	(Unterschrift des Arztes)	

B Patient:

			(4)		(5)
(Name)	(Vorname)			(Nr. des Passes oder eines anderen Ausweisdokumentes)	
			(6)		
(Geburtsort)				(Geburtsdatum)	
			(8)		
(Staatsangehörigkeit)				(Geschlecht)	
			(10)		
(Wohnanschrift)					
			(11)		
(Dauer der Reise in Tagen)				(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)	

Verschriebenes Arzneimittel:

		(13)		(14)
(Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung)			z.B. "drops" (Tropfen)	(Darreichungsform)
		(15)		
kann identisch mit (13) sein, muss aber nicht!			z.B. "25mg/ml"	
(Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs)			(Wirkstoff-Konzentration)	
		(17)		
z.B. "0,5 ml per day"			z.B. "5 ml - bottle = 125mg"	
(Gebrauchsanweisung)			(Gesamtwirkstoffmenge)	
		(19)		
z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days"				
(Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)				
siehe Kasten links				
(Anmerkungen)				

Für die Beglaubigung zuständige Behörde:

		(21)
(Bezeichnung)		
		(22)
(Anschrift)	(Telefon)	

Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!

Wenn möglich, kann die Apotheke die für die Reisedauer benötigte Menge exakt abfüllen. Falls das nicht möglich ist, kann je nach Einzelfallprüfung auch eine angebrochene Flasche mitgeführt werden. Dies ist dann entsprechend unter (20) zu erläutern, z.B. "broached XXml-bottle will be carried. Exact quantity could not be filled". Bei (18) ist dann die ursprüngliche Füllmenge der Flasche anzugeben (z.B. "broached 10ml-bottle"), da dies anders nicht praktikabel an der Grenze zu kontrollieren ist.

A Verschreibender Arzt:

(Name) (Vorname) (Telefon) (1)

(Anschrift) (2)

Abschnitt A wird vom verschreibenden Arzt bzw. Ärztin ausgefüllt!

(Stempel des Arztes) (Datum) (Unterschrift des Arztes) (3)

B Patient:

(Name) (Vorname) (4) (Nr. des PASSES oder eines anderen Ausweisdokumentes) (5)

(Geburtsort) (6) (Geburtsdatum) (7)

(Staatsangehörigkeit) (8) (Geschlecht) (9)

(Wohnanschrift) (10)

inklusive An- und Abreisetag, z.B. "9 days" (11) genauer Reisezeitraum, z.B. "31.08.2025-08.09.2025" (12)

(Dauer der Reise in Tagen)

(Gültigkeitsdauer der Erlaubnis von/bis - max. 30 Tage)

C Verschriebenes Arzneimittel:

Name auf der Verpackung (13) z.B. "flos" (Blüten) (14)

(Handelsbezeichnung oder Sonderzubereitung) (Darreichungsform)

THC - Tetrahydrocannabinol (15) z.B. "30% THC" (16)

(Internationale Bezeichnung des Wirkstoffs) (Wirkstoff-Konzentration)

z.B. "0,5g/d via vaporizer" (17) z.B. "1,35g THC in 4,5g flos" (ggf. Reserve addieren) (18)

(Gebrauchsanweisung)

(Gesamtwirkstoffmenge)

z.B. "9 days" oder bei Reserve für 1Tag "10days" (19)

(Reichdauer der Verschreibung in Tagen - max. 30 Tage)

Angaben zu evtl. Reservemengen hier möglich. Reservemenge unter (18) hinzu addieren und (19) entsprechend anpassen! (20)

(Anmerkungen)

D Für die Beglaubigung zuständige Behörde:

(Bezeichnung) (21)

(Anschrift) (Telefon) (22)

Abschnitt D wird nur vom Gesundheitsamt ausgefüllt!

4. Ausfüllhinweise Nicht-Schengen: Tabletten und Kapseln



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

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 certificado (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

In Zeile 1-3
eintragen, wo
und wann die
Bescheinigung
ausgestellt wird:
Land =
"Germany"

B. Prescribing physician / Médecin prescripteur / Médico que extiende la receta

Verschreibende(r) Ärztin/Arzt)

Last name, first name / Nom, prénom apellido 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.

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 / Domicilio (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!

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 substance 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 / 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):

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):

Anzahl
Reisetage
(inkl. An- und
Abreisetag) x
Tabl. pro Tag!

Eventuelle
Reserve in
diesem Feld
dazu
addieren!

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

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

Eventuelle
Reserve in
diesem Feld
dazu addieren!

5. Ausfüllhinweise Nicht-Schengen: Lösungen/Tropfen



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

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 délivrance / País y lugar de expedición del certificado (Land und Ort der Ausstellung)

Country / Pays / País (Land):

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

Date of issue / Date de délivrance / 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

In Zeile 1-3
eintragen, wo
und wann die
Bescheinigung
ausgestellt wird:
Land =
"Germany"

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.

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 / Domicilio (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!

**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 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 substance 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 / Durée du traitement (nombre de jours) / Duración de la receta (en días) (Verordnungsdaten in Tagen (max. 30)) **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 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):

Address / Adresse / Dirección (Adresse):

Wenn möglich, kann die Apotheke die für die Reisedauer benötigte Menge exakt abfüllen. Falls das nicht möglich ist, kann je nach Einzelfallprüfung auch eine angebrochene Flasche mitgeführt werden. Dies ist dann entsprechend unter "Anmerkungen" zu erläutern, z.B. "broached XXml-bottle will be carried. Exact quantity could not be filled". Bei Gesamtwirkstoffmenge ist dann die ursprüngliche Füllmenge der Flasche anzugeben (z.B. "broached 10ml-bottle"), da dies anders nicht praktikabel an der Grenze zu kontrollieren ist.

6. Ausfüllhinweise Nicht-Schengen: Cannabisblüten



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 délivrance / País y lugar de expedición del certificado (Land und Ort der Ausstellung)

Country / Pays / País (Land):

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

Date of issue / Date de délivrance / 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

In Zeile 1-3
eintragen, wo
und wann die
Bescheinigung
ausgestellt wird:
Land =
"Germany"

B. Prescribing physician / Médecin prescripteur / Médico que extiende la receta

Verschreibende(r) Ärztin/Arzt)

Last name, first name / Nom, prénom apellido 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.

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 / Domicilio (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!



**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)

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 substance 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. 30))

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

Anzahl
Reisetage
(inkl. An- und
Abreisetag) x
Tagesbedarf
in Gramm pro
Tag!

Eventuelle
Reserve in
diesem Feld
dazu
addieren!

Gesamtmenge
Blüten (in
Gramm) x
Wirkstoffkonze
ntration. z.B.
"2,7g THC" da
30% x 9g = 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 muss
an mind. einer
Stelle im
Formular
angegeben sein,
um eine
Kontrolle an der
Grenze zu
ermöglichen.

Eventuelle
Reserve in
diesem Feld
dazu addieren!