

## Ärztliche Bestätigung Medical Certificate

Es ist notwendig, dass der Inhaber des Notfallausweises Apomorphin-Spritzen und eine Pumpe im Handgepäck hat oder bei sich trägt. It is necessary that the emergency card holder carries apomorphine solution and a pump in his hand luggage.

Unterschrift, Stempel des behandelnden Arztes  
Signature, stamp attending specialist



### Momentum-Patientenservice Patient service

**Tel.:** 0800-664 88 10

MO – SO SOWIE FEIERTAGS: 08.30 – 18.00 UHR  
MON – SUN AS WELL AS PUBLIC HOLIDAYS:  
08.30 AM – 6.00 PM



### Technische Pumpenbetreuung Technical pump support

**Tel.:** 03641-628 40 21

MO – FR 08.00 – 18.00 UHR  
MON – FRI: 08.00 AM – 6.00 PM

24 h-Rufbereitschaft über die Handynummer des versorgenden persönlichen Therapiemanagers. 24-hour on-call standby via mobile number of your personal therapy manager.

# Notfallausweis Emergency Card

Der Inhaber dieses Ausweises leidet an der Parkinson-Krankheit  
The owner of this card suffers from Parkinson's disease

Vorname First name

Name Surname

Straße Street address

PLZ, Ort Postal code, place

Telefon Telephone

Geboren am Date of birth

Blutgruppe Blood type

Der Patient wird behandelt durch **The patient is treated with**  
**Apomorphin-Dauerinfusionstherapie**  
**Apomorphine Infusion Therapy**

---

Dosierung (mg/h) **Dosage (mg/h)**

---

Evtl. Handelsname **Trade name**

---

Bolusdosis (ml/h) **Bolus dose (ml/h)**

---

Intervall zwischen zwei Bolusdosen **Interval between two bolus doses**

\_\_\_ h \_\_\_ min

---

Flussrate (ml/h) **Flow rate (ml/h)**

---

Modus (Auto oder Free) **Mode (Auto or Free)**

**Im Notfall und zur Abklärung der Apo-**  
**morphin-Therapie bitte Kontakt aufneh-**  
**men mit In an emergency and for details**  
**of apomorphine therapy please contact**

**Anschrift der Fachklinik Specialist clinic**  
**address**

**Betreuender Facharzt**  
**Attending specialist**

**Weitere Medikamente, die der Patient**  
**erhält Taking the following additional**  
**medication**