

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