

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR MITFÜHRUNG DES MEDIKAMENTS EBGLYSS® (Lebrikizumab)

MEDICAL CERTIFICATE FOR CARRYING THE MEDICINAL PRODUCT EBGLYSS® (Active ingredient Lebrikizumab)

МЕДИЦИНСКИЙ СЕРТИФИКАТ ДЛЯ ПРОВОЗА ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА EBGLYSS®
(Действующее вещество тилдракизумаб)

EBGLYSS® (Etken maddesi: Lebrikizumab) **İLACINI BERABERİNDE GÖTÜRMEK İÇİN TIBBİ SERTİFİKA**

Frau/Herr
Госпожа/господин

Mrs/Mr
Bayan/Bay

Geb. am
Родившаяся(-шийся)

Born
Doğum tarihi

Adresse Address Адрес Adres

Ausweis Nr. Pass No. № паспорта Pasaport No.

Hiermit wird bestätigt, dass o. g. Person an einer chronischen Erkrankung leidet und einer kontinuierlichen Behandlung mit dem verschreibungspflichtigen Medikament EBGLYSS® (Lebrikizumab) bedarf und dieses für den üblichen persönlichen Bedarf mit sich führt (vgl. §73 Abs. 2 AMG).

Das Medikament ist für eine subkutane Injektion vorgesehen und wird daher vorgefüllt als gebrauchsfertige Injektionslösung in einem Fertigpen/Fertigspritze geliefert. Dieser Fertigpen/Fertigspritze steht nicht unter Druck. EBGLYSS® sollte bei +2 bis +8 °C gelagert werden. Da Temperaturen unter 0 °C vermieden werden müssen, ist eine Mitnahme in der Kabine dringend notwendig. Um die medizinische Versorgung meines Patienten sicherzustellen, muss die Verabreichung des Medikaments ohne Unterbrechung fortgesetzt werden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

It is hereby confirmed that the person named above suffers from a chronic illness and requires continual treatment with the prescription-only drug EBGLYSS® (active ingredient Lebrikizumab) and carries this drug for the usual personal needs (cf. §73(2) AMG (Pharmaceutical Products Act)).

The drug is intended to be injected subcutaneously and has therefore been delivered in a prefilled pen/syringe as a ready-to-use injection solution. The prefilled pen/syringe is not under pressure. EBGLYSS® should be stored at +2 to +8 °C. Since temperatures under 0 °C must be avoided, it is urgently necessary that the drug be brought into the cabin. To ensure the medical care of my patient, the administration of the drug must be continued without interruption. Thank you very much for your cooperation.

Настоящим подтверждается, что вышеназванное лицо страдает хроническим заболеванием и нуждается в постоянном лечении с применением лекарственного средства EBGLYSS® (действующее вещество лебрикизумаб), отпускаемого по рецепту, и провозит его с собой для обычного личного употребления (СМ. §73 абз. 2 Закона о лекарственных средствах (AMG)).

Medikament предназначен для подкожной инъекции и поэтому поставляется в готовой шприц – ручке в виде готового к употреблению раствора для инъекций. Предварительно заполненная шприц-ручка не находится под давлением. EBGLYSS® следует хранить при температурах от +2 до +8 °C. Поскольку требуется избегать температур ниже 0 °C, абсолютно необходимо провозить его с собой в салоне самолета. Чтобы обеспечить лечение пациента, введение медикамента следует продолжать без перерывов. Большое спасибо за Вашу помощь.

İşbu belge ile yukarıda adı geçen şahsın kronik bir hastalıktan muzdarip olduğunu ve sürekli olarak reçeteli ilaç EBGLYSS® (etken maddesi: Lebrikizumab) ile tedavi gördüğünü ve bunu olağan kişisel ihtiyacı için yanında taşıdığını teyit ederiz (bkz. Alman İlaç Yasası AMG, 73. madde 2. paragraf).

Bu tıbbi ürün deri altına enjeksiyon yoluyla uygulanmak üzere tasarlanmıştır ve bu nedenle kullanıma hazır enjeksiyon çözeltisi olarak önceden doldurulmuş bir şırıngaya/hazır kalem doldurulmuştur. Bu önceden doldurulmuş şırınga/hazır kalem basınç altında değildir. EBGLYSS® +2 ila +8 °C'de saklanmalıdır. 0 °C'nin altındaki sıcaklıklardan kaçınılması gerektiğinden bu ilaç mutlaka uçak kabininde taşınmalıdır. Hastamın tıbbi bakımını temin etmek için ilacın uygulanması kesintisiz devam etmelidir. Yardımlarınız için çok teşekkürler.

Bereich für Stempel und Unterschrift des Arztes
Doktorun kaşe ve imzası için alan

Area for stamp and signature of the physician
Место для печати и подписи врача

