

Zollbescheinigung – zur Mitnahme von Strensiq® auf Reisen

Customs Certificate – while travelling with Strensiq®

Hinweis: Bitte lassen Sie sich diese Bescheinigung von Ihrem behandelndem Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin ausfüllen.

Notice: Please let your treating physician complete this form.

Ärztliche Bescheinigung / Medical Certificate:

Vor und Nachname / Name and Surname

Geburtsdatum / Date of Birth

Passnummer / Passport No.

Hiermit bestätige ich, dass mein:e oben genannte:r Patient:in das Medikament Strensiq® (Asfotase alfa) für den persönlichen Bedarf zur Therapie von Hypophosphatasie mit sich führt.

To whom it may concern: Hereby I confirm that my above named patient is carrying the medicinal product Strensiq® (Asfotase alfa) for personal use for the treatment of hypophosphatasia .

Die Menge ist für die Reisedauer von _____ Tagen angemessen (zuzüglich einer Reserve für Notfälle).

The quantity is appropriate for a travel duration of _____ days (with an additional reserve for unexpected events).

Strensiq® ist zugelassen für die Langzeittherapie und wird per subkutaner Injektion drei beziehungsweise sechsmal pro Woche verabreicht.

Strensiq® is authorised for longterm therapy by subcutaneous injection three or six times per week.

Das Medikament muss bei +2 Grad bis +8 Grad gelagert werden und darf nicht einfrieren. Daher ist bei Flugreisen der Transport im Handgepäck dringend notwendig. Wir empfehlen, während der gesamten Reise, das Medikament in einem Kühlschrank mit der entsprechenden Temperatur zu lagern.

The medicinal product must be stored at +2°C to +8°C and must not be frozen. Therefore, for air travel, transport in hand luggage is essential. During the journey, we recommend to store the medicinal product in a refrigerator at the appropriate temperature.

Kurzinformation zum Produkt¹ (zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. ergänzen)
Product Key Facts¹ (please tick all that apply or add as appropriate)

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|---|------------------------------------|
| ☐ | 18 mg / 0.45 ml |  | Gesamtmenge / Total Quantity _____ |
| ☐ | 28 mg / 0.7 ml |  | Gesamtmenge / Total Quantity _____ |
| ☐ | 40mg / 1 ml |  | Gesamtmenge / Total Quantity _____ |
| ☐ | 80 mg / 0.8 ml |  | Gesamtmenge / Total Quantity _____ |

Zubehör (zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. ergänzen) /
Equipment (please tick all that apply or add as appropriate)

- ☐ Nadeln / Needle
- ☐ Spritzen / Injection
- ☐ Desinfektion / Disinfection
- ☐ Abwurfbehälter / Discharge container
- ☐ _____

Bestätigung Arzt/Ärztin / Physician's Confirmation

Name, Datum und Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin
Name, Date and signature of treating physician

Stempel des Arztes/der Ärztin / Stamp of treating physician

Referenz:
¹Gebrauchsinformation Strensiq®
Reference:
¹Instructions for use Strensiq®



qrco.de/bgUJTq