

Der/Die Ausweisinhaber/in ist auf Grund seiner/ihrer Erkrankung auf eine Schmerzdauermedikation angewiesen. Er/Sie muss die im Ausweis aufgeführten notwendigen Medikamente zur regelmäßigen Einnahme mit sich führen.

Änderungen der Medikation oder der Dosierung bitte nur nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt.

## Schmerztherapie-Ausweis

für

---

Vorname, Name, geb.

**Praxis / Klinik**

---

Unterschrift (Arzt)

