

(DE) Der/Die Ausweisinhaber/in ist aufgrund einer Erkrankung auf eine Cannabinoid-Dauermedikation angewiesen. Daher müssen die im Ausweis aufgeführten Medikamente zur regelmäßigen Einnahme mitgeführt werden. Die verordnete Medikation ist beizubehalten und nicht abzusetzen, da sonst mit einer Verstärkung der Krankheitssymptome zu rechnen ist. Änderungen der Dosierung oder der Medikation kann nur nach Rücksprache mit dem verordneten Arzt erfolgen.

(EN) The pass holder is dependent on continuous cannabinoid-medication due to his/her medical condition. Hence, all drugs / medicines listed in this pass must be carried to enable regular intake. The prescribed medication must be maintained and shall not be withdrawn as this will cause an increase of symptoms of his/her illness. Changes to prescribed dosage or to medicines used can be done only after consulting the treating physician.

Weitere Informationen oder diesen Ausweis zum Ausdrucken:
www.cannainfo.de

More information or print the cannabinoid pass:
www.cannainfo.de

Mit freundlicher Unterstützung von



HAPA Medical Holding B.V.
Feldstrasse 27 // 44141 Dortmund // Germany
www.hapa-medical.com

V 1.3

CANNABINOID AUSWEIS

CANNABINOID PASS FÜR // FOR

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Bitte in den Ausweispapieren mitführen.

DOCTOR'S CONFIRMATION

Please carry with your identification papers.

PATIENT

NAME

GEBURTSTAG // DATE OF BIRTH

ARZT // PHYSICIAN

PRAXIS / KLINIK // PRACTICE / CLINIC

DATUM DATE	MEDIKAMENT MEDICATION	DOSIERUNG DOSAGE	EINNAHME INTAKE / MUST BE TAKEN	UNTERSCHRIFT ARZT SIGNATURE PHYSICIAN

HINWEIS ZUR FAHRTAUGLICHKEIT NACH §24a StVG: Die Substanz (THC) wurde bestimmungsgemäß für einen konkreten Krankheitsfall verschrieben, die Eingewöhnungszeit auf das Arzneimittel ist seit dem unten rechts stehenden Zeitpunkt abgeschlossen.

NOTE ON FITNESS TO DRIVE CONFORMED TO §24a StVG (GERMAN ROAD TRAFFIC REGULATIONS): The substance (THC) was particularly prescribed for one indication/illness in accordance with regulations. The adaptation period for the medicine is completed since date mentioned below.

UNTERSCHRIFT ARZT / DATUM / STEMPEL KLINIK
SIGNATURE PHYSICIAN / DATE / CLINIC STAMP

DATUM // DATE