



Stoma-  
versorgung

**PATIENTEN-AUSWEIS**

**en** The bearer of this card suffers from a disease that makes it necessary for him/her to use medical devices (e.g. catheter, urine bag, stoma bag, etc.).



Important information for flight/baggage check-in:  
the devices being carried may contain small quantities of liquids.  
The device must be available to the patient during the flight.  
Thank you for your discretion at check-in/security check and your permission for the bearer to carry the devices.

---

Signature (Treating Physician)

**fr** Le détenteur du présent laissez-passer souffre d'une affection nécessitant l'emploi de matériel médical (par exemple cathéter, poche urinaire, poche de colostomie, etc.).



Information importante pour le transport aérien/l'enregistrement des bagages: Les matériels transportés peuvent le cas échéant contenir de petites quantités de liquide. Le matériel doit être disponible pendant le vol. Merci de votre discrétion lors des contrôles et de la dispense pour conserver le matériel.

---

Signature (médecin traitant)

**de** Der Inhaber dieses Ausweises leidet unter einer Erkrankung, die es erforderlich macht, medizinische Hilfsmittel (wie z. B. Katheter, Urinbeutel, Stomabeutel o.ä.) zu verwenden.



Wichtige Information für die Flug-/Gepäckabfertigung: Die mitgeführten Hilfsmittel können ggf. geringe Flüssigkeitsmengen enthalten. Während des Fluges muss das Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Vielen Dank für Ihre Diskretion bei der Kontrolle und die Erlaubnis zur Mitführung der Hilfsmittel.

---

Unterschrift (beh. Arzt)

## Persönliche Daten | Personal Details | Données personnelles

---

Name | Name | Nom



---

Personalausweis-/Reisepass-Nr. | ID Card/Passport No. | N° carte d'identité/passeport

- Ich bin  Inkontinenz-Patient  ISK-Patient  Pouch-Patient  Stoma-Patient  
I am an  incontinent patient  ISC patient  pouch patient  stoma patient  
Je suis  Patient souffrant d'incontinence  Patient ACI (autosond. intermittent)  
 Patient avec poche urinaire  Patient avec poche de colostomie

Behandelnder Arzt | Treating Physician | Médecin traitant

---

Name | Name | Nom



(Stempel | Stamp | Cachet)

## Versorgungsmaterial | Medical Material | Matériel médical

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Katheter                  | <input type="checkbox"/> Catheter               | <input type="checkbox"/> Cathéter                  |
| <input type="checkbox"/> Urinbeutel                | <input type="checkbox"/> Urine bag              | <input type="checkbox"/> Poche urinaire            |
| <input type="checkbox"/> Kondomurinale             | <input type="checkbox"/> Male external catheter | <input type="checkbox"/> Etais péniens             |
| <input type="checkbox"/> Stomaversorgung           | <input type="checkbox"/> Stoma care             | <input type="checkbox"/> Stomathérapie             |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben) | <input type="checkbox"/> Other (please specify) | <input type="checkbox"/> Autres (spécifier s.v.p.) |
- 
- 
-



Kontinenz-  
versorgung  
und Urologie

# PATIENTEN-AUSWEIS