

BITTE BEACHTEN SIE  
FOLGENDE HINWEISE

Der Inhaberin/dem Inhaber dieses Passes wird durch die Unterschrift des behandelnden Arztes bestätigt und bescheinigt, dass sie/er krankheitsbedingt auf die ständige Einnahme verschreibungspflichtiger, opioidhaltiger Schmerzmittel angewiesen ist. Die in diesem Pass aufgeführten Arzneimittel sind medizinisch notwendig und müssen deshalb stets zur regelmäßigen Einnahme bereitgehalten werden.

Die ärztlich dokumentierten Einnahmeanweisungen sind unbedingt zu beachten. Bei einem plötzlichen Abbruch der regelmäßigen Medikamenteneinnahme können sich die Schmerzen wieder verstärken oder anderweitige medizinische Komplikationen eintreten.

PLEASE NOTE THE FOLLOWING  
INFORMATION

The signature of the consulting doctor confirms and certifies that, owing to illness, the bearer of this pass is dependent on regularly taking prescription painkillers containing opioids. The medications listed in this pass are medically necessary and must therefore be available for regular intake.

It is essential that the physician's dosage instructions are observed. If the regular dosage were suddenly to be interrupted, the pain could once again increase or other medical complications could ensue.

**Ärztliche Bescheinigung**  
**(Bitte in den Ausweispapieren mitführen)**  
**Doctor's confirmation**  
**(Please carry with your identification papers)**

# OPIOID-AUSWEIS

## für Schmerzpatienten

### OPIOID PASS FOR PAIN PATIENTS

Unabhängige Vereinigung aktiver  
Schmerzpatienten in Deutschland | UIVSD  
**SchmerzLOS e.V.** 

---

Name / Name

---

Geburtsdatum / Date of Birth

Behandelnder Arzt / consulting doctor / Klinik / clinic

Stempel / stamp

