

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG / MEDICAL CERTIFICATE

Zöliakie - Glutenunverträglichkeit / Coeliac Disease - Gluten Intolerance

Ausstellende Arztpraxis / Issuing Medical Practice

Praxis / Practice Name: _____

Adresse / Address: _____

Telefon / Phone: _____

E-Mail: _____

Angaben zur betroffenen Person / Patient Information

Nachname / Surname: _____

Vorname / First Name: _____

Geburtsdatum / Date of Birth: _____

Diagnose und Bestätigung (Deutsch)

Die oben genannte Person leidet an einer ärztlich diagnostizierten Zöliakie (glutensensitive Enteropathie, ICD-10: K90.0), einer chronischen Autoimmunerkrankung des Dünndarms, die durch die Aufnahme von Gluten ausgelöst wird.

Als behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt bestätige ich ausdrücklich, dass diese Person aus medizinischen Gründen zwingend auf eine strikt glutenfreie Ernährung angewiesen ist. Bereits kleinste Mengen von Gluten können bei dieser Person zu schwerwiegenden gesundheitlichen Beschwerden führen.

Es ist der genannten Person medizinisch notwendig erlaubt, geeignete glutenfreie Lebensmittel und Nahrungsmittel bei sich zu führen, um jederzeit eine sichere und verträgliche Ernährung zu gewährleisten - insbesondere auf Reisen, bei Veranstaltungen und in Situationen, in denen glutenfreie Alternativen nicht verfügbar sind.

Diagnosis and Confirmation (English)

The above-named individual has been medically diagnosed with coeliac disease (gluten-sensitive enteropathy, ICD-10: K90.0), a chronic autoimmune condition of the small intestine triggered by the ingestion of gluten.

As the attending physician, I hereby confirm that this person is strictly required, for medical reasons, to adhere to a completely gluten-free diet. Even trace amounts of gluten may cause serious health complications for this individual.

It is medically necessary for the named person to carry appropriate gluten-free food products at all times to ensure safe and tolerable nutrition - particularly while travelling, attending events, or in situations where gluten-free options may not be available.

Ärztliche Unterschrift / Physician Signature

Ort, Datum / Place, Date:

Unterschrift & Stempel / Signature & Stamp:

Ort, Datum / Place, Date

Unterschrift & Stempel / Signature & Stamp
