

# Ärztliche Bescheinigung der medizinischen Notwendigkeit

## Medical certificate of medical need

### Arzt / Doctor:

---

(Name / name)

---

(Vorname / first name)

---

(Adresse / address)

### Patient / Patient:

---

(Name / name)

---

(Vorname / first name)

---

(Geburtsdatum / date of birth)

---

(Nr. des Reisepasses / (Passport No.))

---

(Adresse / address)

Hiermit wird bescheinigt, dass die oben genannte Person das mitgeführte Sonnenschutzzelt "HelioTent®" zur selektiven Filtration von Sonnenstrahlen im Rahmen einer ärztlichen Behandlung und zur zwingenden Vermeidung von Hautreizung und akuten sowie chronischen Hautschäden für die Reisedauer benötigt.

To Whom It May Concern: This is to certify that the above-mentioned person carries the sun protection tent, HelioTent®, to filter sunrays selectively needed for medical treatment purposes and is essential device to avoid skin irritation and permanent skin damage during the journey.

---

(Arztstempel / stamp of doctor)

---

(Datum / date)

---

(Unterschrift des Arztes / doctor's signature)