

ACHTUNG: INSULINPUMPENTRÄGER
I WEAR AN INSULIN PUMP FOR DIABETES

Hiermit wird bestätigt, dass
I confirm that,

Herr/Frau
Mr./Mrs. _____ ,

geboren am
born on _____ ,

wohnhaft in
resident in _____
_____ ,

eine Insulinpumpe zur lebensnotwendigen Behandlung von Diabetes dauerhaft benötigt, um dem Körper Insulin zuzuführen. Die Insulinpumpe darf nicht entfernt werden.

needs an insulin pump for vital treatment of his/her diabetes to supply the body with insulin. Do not remove the insulin pump.

Seriennummer der Insulinpumpe
Serial number of insulin pump _____

Unterschrift Arzt/Signature physician