

Herstellerfirma / Manufacturer: _____

Anschrift/Adress: _____

Zollbescheinigung für Ihr CPAP/Bilevel-Gerät Customs declaration for your CPAP/Bilevel device

Atemtherapiegerät / Respiratory therapy equipment:

Fabrikationsnummer / Serialnumber: _____

Hiermit wird bestätigt, daß das oben genannte Gerät ein medizinisch therapeutisches Gerät ist. Es dient zur Behandlung des Schlafapnoesyndroms und sollte vom Patienten zur Erzielung eines optimalen Therapieerfolgs jede Nacht angewendet werden. Deshalb sollte der Patient das Gerät auf Reisen unbedingt mit sich führen und anwenden.

Der Patient benötigt zusätzlich zu dem Gerät mindestens folgendes Zubehör:

Schlauchsystem, Nasalmaske inklusive Adapter, Kopfgeschirr

Optionales Zubehör: Batteriekabel, Befeuchtersystem

Herewith we confirm, that the equipment is for medical therapeutical purpose only.

This patient suffers from the Sleep Apnea Syndrome and should use the above mentioned sleep therapy devices daily in order to obtain optimal treatment.

The patient needs at least the following accessories:

Patient circuit, Nasal mask with adapter, Headgear

Optional accessories: Battery cable, Humidifier system

Patientenname, Geburtsdatum / Name of the User, Birthday

Ort, Datum / Place, Date

Unterschrift, Arztstempel / Signature, Stamp of physician