

Embætti landlæknis**Vottorð skv. 75. gr. Schengen- samningsins**

Ísland Land	Reykjavík Staður	Dags. (1)
-----------------------	----------------------------	-----------

A. Læknir, sem ávísar lyfi

Eftirnafn	Fornafn	Sími
-----------	---------	------

Aðsetur læknis

Stimpill læknis	Undirskrift læknis
-----------------	--------------------

B. Sjúklingur

Eftirnafn	Fornafn	Númer vegabréfs
-----------	---------	-----------------

Fæðingarstaður	Fæðingardagur (kt.)
----------------	---------------------

Þjóðerni	Kyn (Karl-kona-kynsegin/annað)
----------	--------------------------------

Heimili

Lengd ferðar (dagar)	Frá Til Gildistími vottorðs (lengst 30 dagar)
----------------------	--

C. Ávísað lyf


Lyfjaheiti eða magistrel blanda	Lyfjaform
---------------------------------	-----------

INN-heiti virks lyfjaefnis	Styrkur virks efnis
----------------------------	---------------------

Dagskammtur	Heildarmagn virks efnis
-------------	-------------------------

Meðferðartími á ferðalagi - mest 30 dagar	Athugasemdir
---	--------------

D. Útgefandi vottorðs

 <p>Embætti landlæknis Directorate of Health</p> <p>Katrínartúni 2 • IS 105 Reykjavík • Iceland Sími/Tel. (+354) 510 1900 mottaka@landlaeknir.is • www.landlaeknir.is</p>	Stimpill og undirskrift
---	-------------------------