

Im Rahmen meines Aufenthaltes in Österreich benötige ich laufend medizinische Betreuung:

JA / Nein

Falls JA, ich leide unter der folgenden Krankheit:

Dazu benötige ich folgende Medikamente regelmäßig:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die wahrheitsgetreue Angabe

Datum:

Unterschrift:

در چهارچوب اقامت خود در اتریش نیاز به مراقبت پزشکی دارم:

بله / خیر

با امضا خود، صدق و صحت جواب فوق الذکر را تأیید می نمایم.

امضا:

تاریخ: