

Travel Certificate

Greek

Please complete in BLOCK CAPITALS

Name:

Doctor/Nurse Name:

Address:

Surgery Address:

.....

.....

.....

.....

Passport No:

Signature:

Signature:

Date:

Date:

Προς πάντα ενδιαφερόμενο

Με το παρόν βεβαιώνεται ότι ο φέρων/η φέρουσα την παρούσα βεβαίωση υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση πράγμα που καθιστά απαραίτητο όπως φοράει, καθ όλη τους χρόνους, έναν σάκκο προσαρμοσμένο στην κοιλιά για την περισυλλογή εκκρίσεων από το έντερο ή την κύστη.

Εάν χρειαστεί εαέταση αυτού του σάκκου, πρέπει να είναι παρών διπλωματούχος ιατρος, γιατί τυχόν παρέμβαση μπορεί να προκαλέσει διαρροή και μεγάλη στενοχώρια και αμηχανία στο πρόσωπο που τον φοράει.

Ο σάκκος μπορεί να στηρίζεται από μια ζώνη. Εάν συμβαίνει αυτό, μπορεί η ζώνη να έχει μεταλλικά τμήματα που ενεργοποιούν τον ανιχνευτή μετάλλων. Ο/η κάτοχος της παρούσης βεβαιώσεως μπορεί επίσης να φέρει πάκο εκτάκτου ανάγκης που περιλαμβάνει ανταλλακτικούς σάκκους, χειρουργικούς επιδέσμους, κλπ, εκτός από τις κύριες αποσκευές του/της.

Είναι απαραίτητο όπως αυτά τα έκτακτα εφόδια παραμείνουν άθικτα και δεν παρπέσουν.

Useful Contacts:

.....

.....

.....

HL600/Greek

Hollister Hellas SA

Avenue Kifissias 36
151 25 Maroussi
Tel: +30 210 6561 555
Fax: +30 10 654 3632

Produced as a service to people with an
ostomy from Hollister Australia/New Zealand.

Australia

Local Tel: 1800 219 179
From abroad: +61 (3) 9673 4300
Fax: +61 (3) 9899 7587

PO Box 375
Box Hill VIC 3128

www.hollister.com.au

New Zealand

Local Tel: 0800 678 669
From abroad: +64 (9) 968 3620
Fax: +64 (9) 968 3621

PO Box 62-027
Mt Wellington, Auckland

www.hollister.co.nz