

Travel Certificate

Italian

Please complete in BLOCK CAPITALS

Name:

Doctor/Nurse Name:

Address:

Surgery Address:

.....

.....

.....

.....

Passport No:

Signature:

Signature:

Date:

Date:

Dichiarazione

Si dichiara che la persona nominata nel presenta certificato è stata sottoposta ad un intervento chirurgico che la costinge a indossare **in ogni momento** un sacchetto fissato all'addome per raccogliere le escrezioni dall'intestino o dalla vescica.

Se è necessario esaminare il sacchetto, **deve essere presente un medico** perché eventuali interferenze possono provocare perdite, disagio e imbarazzo per la persona in questione.

Il sacchetto può essere sostenuto da una cintura e in questo caso le eventuali partii metalliche vengono rilevate dal rivelatore di metalli.

Il portatore di questo certificato può anche avere con sé un pacco di emergenza costituito da sacchetti di ricambio, medicazioni chiurgichie, ecc, oltre la bagaglio principale.

E' essenziale che queste forniture di emergenza rimangano intatte e non vadano smarrite.

Hollister SpA

Strada 4, Palazzo A/8
20090 Milanofiori Assago
Milano
Italia
Tel: +39 02 8228181
Fax: +39 02 57518377

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

Useful Contacts:

.....

.....

.....

HL600/Italian

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