MEDIZINISCHES INFORMATIONSFORMULAR
*MEDICAL INFORMATION FORM*

Informationsformular für Fluggäste mit speziellem Unterstützungsbedarf

*Information form for passengers with special assistance needs*

* Familienname:……………………………….. Vorname:……………………….. Titel:………………………………
* *Family name:………………………………….First name:………………………. Title:………………………………*
* Buchungsnummer (PNR):……………………………………

*2. Bookin number (PNR):…………………………………………*

3. Reisedaten: Hinflugdatum:……………. Ab Flughafen:…………………. Zu Flughafen:………………….

*3. Travel data: Departure date:………….. From airport:………………….. To airport:………………………*

Rückflugdatum: ………….. Ab Flughafen:………………… Zu Flughafen:………………….

*Return date :………………. From airport:…………………. To airport:……………………….*

Flugnr. Hin 4M: …………. Flugnr. Rück 4M…………

*Flight number there 4M:………. Flight number return 4M:……..*

* Art der Krankheit:………………………………………………………………………………………………………………..

*4. Type of disease:……………………………………………………………………………………………………………………*

5. Begleitperson: Ja Nein Name:………………… Titel:……… Alter:……………..

*5. Companion : Yes No Surname:……………. Title:…….. Age:……………….*

6. Rollstuhl | Gehhilfe benötigt: Ja Nein Rollstuhlkategorie:…………………………..

*6. Wheelchair / Walking aid needed: Yes No Wheelchair category:…………………….*

 Eigene/-r Rollstuhl | Gehhilfe: Ja Nein Antrieb/Gehhilfe:…………………………….

 *Own Wheelchair/Walking aid: Yes No brive/Walking aid:………………………..*

7. Benötigt Ambulanzfahrzeug: (muss vom Fluggast/Stellvertreter organisiert werden) Ja Nein

*7. Needs ambulance:( must be organized by the passenger/deputy) Yes No*

 Falls Ja, bitte Krankentransportunternehmen angeben:……………………………………………………..

 *If yes, please specify ambulance company :………………………………………………………………………..*

 Name des Kontakts:………………………………….. Tel.-Nr. des Kontakts :……………………………………

 *Name of contact:……………………………………… Tel.Nr.of the contact:……………………………………..*

8. Bringer | Abholer: Ja Nein Kontaktdaten angeben (Name | Mobilnr.):…………………………..

*8. Bring / Pickup: Yes No Provide contact details (Surname/Mobile no:……………………………*

9. Medizinische Besonderheiten während des Fluges: (Geräte werden vom Passagier gestellt)

*9. Medical specifics during the flight: (equipment provided by the passenger)*

 Ja Nein Falls Ja, bitte angeben:………………………………………………

 *Yes No If yes, please specify:…………………………………………………*

 Medizinische Geräte, vom Passagier gestellt:

 *Medical equipment provided by the passenger:*

 Ja Nein Falls Ja, bitte angeben:………………………………………………

 *Yes No If yes, please specify:……………………………………………*

 Gerät ist batteriebetrieben:

 *Device is battery operated:*

 Ja Nein Falls Ja, bitte angeben:………………………………………………

 *Yes No If yes, please specify:…………………………………………..*

 Med. Sauerstoff:\*

 *Medical oxygen:\**

 Ja Nein Falls Ja, bitte angeben:………………………………………………

 *Yes No If yes, please specify:…………………………………………………*

 Fliegt der Gast mit einem Assistenz- | Warn- | Begleithund: Ja Nein

 *If the guest flies with an assistant | Warning | companion dog: Yes No*

 Falls Ja, bitte Rasse | Größe | Gewicht angeben:……………………………………………………………..

 *If yes, please Breed | size | specify weight:*

 Spezielle Sitzausstattung:

 *Special seat equipment:*

 Ja Nein Falls Ja, bitte angeben:………………………………………………

 *Yes No If yes, please specify:…………………………………………………*