

Betreuungshinweis kranker Fluggast



Lufthansa

Auszustellen für alle Fluggäste

- mit Schädel-/Hirnverletzungen, inneren oder großen äußeren Verletzungen (Wunden, Verbrennungen)
- mit multipler Sklerose
- mit einer spastischen Lähmung mit psychischer Behinderung
- mit einer Geisteskrankheit
- die früher als 6 Monate nach einem Herzinfarkt oder 3 Monate nach einem Schlaganfall fliegen wollen
- die während des Fluges auf besondere Geräte oder Mittel angewiesen sind (Sauerstoff, Beatmungsgerät, Brutkasten, Infusionen o.ä.)
- die nicht auf einem Fluggastsitz mit aufgestellter Rückenlehne reisen können (Beförderung auf Krankenrage).

MEDA

(Die Spalten A und B werden vom Verkaufsbüro ausgefüllt)

A	Name		Geschlecht	Alter
B	Reiseweg von	Nach	Flug	Klasse
				Datum

(Die Spalten C bis L werden vom Medizinischen Dienst ausgefüllt)

C	Diagnose
----------	----------

E	Begleitung während der Reise erforderlich		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, durch einen Arzt (Name)	<input type="checkbox"/> Ja, durch and. geeignete Person (Name)

F	Erforderliche Unterstützung
<input type="checkbox"/> WCHR	gehfähig aber gehbehindert: Braucht Hilfe im Terminal zum/vom Gate, sowie Rollstuhl o.ä. im Falle Ein-/Aussteigen mittels Fußweg über Vorfeld. Braucht keine Hilfe in einem Vorfeldbus, auf einer Flugzeugtreppe und in der Kabine zum Sitz, zu den Toiletten, bei den Mahlzeiten.
<input type="checkbox"/> WCHS	gehfähig aber stark behindert: Kann Vorfeldbus nicht benutzen und braucht Hilfe beim Ein-/Aussteigen (z.B. über Flugzeugtreppe). Braucht keine Hilfe in der Kabine (zum/vom Sitz, zu den Toiletten, bei den Mahlzeiten).
<input type="checkbox"/> WCHS/OWN	wie vorstehend – führt auf der Reise eigenen Rollstuhl mit. Hinzufügen „/BD“, falls batteriebetriebener Rollstuhl.
<input type="checkbox"/> WCHC	gehunfähig: Braucht auch in der Kabine Hilfe zum/vom Sitz, zu den Toiletten und evtl. bei den Mahlzeiten (ggf. Einzelheiten unter H/K angeben).
<input type="checkbox"/> WCHC/OWN	wie vorstehend, führt auf der Reise eigenen Rollstuhl mit. Zufügen „/BD“, falls batteriebetrieben.
<input type="checkbox"/> BED	muß auf einer Krankentrage befördert werden.

G	Patient wird am Zielort in ein Krankenhaus überführt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	Name und Adresse des Krankenhauses		
<input type="checkbox"/> AMBULANCE	Ambulanz am Zielort von LH zu Lasten des Patienten bestellen:	Für Fahrt vom Flughafen nach	

H/K	<input type="checkbox"/> OXYGEN OCCASIONAL benötigt während des Fluges gelegentlich Sauerstoff.
	<input type="checkbox"/> OXYGEN CONTINUOUS benötigt während des Fluges ständig Sauerstoff. Darüber hinaus erforderliche Unterstützung/Maßnahmen (am Boden, während des Fluges) und/oder vom Arzt getroffene Vorkehrungen

L	<input type="checkbox"/> FREMEC ausgestellt von (LVG)	gültig bis
	Datum	Unterschrift des LH-Arztes
	Name des LH-Arztes	

Hiermit entbinde ich den von mir für eine Beurteilung meines Gesundheitszustandes gewählten Arzt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht, als ich ihm/ihr gestatte, gegenüber der Deutschen Lufthansa AG die Angaben über meinen Gesundheitszustand zu machen, die der Vertrags- oder Betriebsarzt der Deutschen Lufthansa AG zur Beurteilung meiner Reisefähigkeit in Flugzeugen benötigt. Der/die Unterzeichnete verzichtet hiermit gegenüber der Deutschen Lufthansa AG, ihrem Personal und ihren Erfüllungsgehilfen auf jeglichen Ersatz von Schäden, die ihm/ihr aus einer Verschlechterung seines/ihrer Gesundheitszustandes infolge der Beförderung mit dem Flugzeug erwachsen können. Der/die Unterzeichnete übernimmt die aufgrund seines Zustandes entstehenden zusätzlichen Kosten und die Haftung für Schäden, die der Deutschen Lufthansa AG oder Dritten hierdurch im Zusammenhang mit seiner Beförderung erwachsen. Der/die Unterzeichnete bestätigt, darauf hingewiesen worden zu sein, daß die Deutsche Lufthansa AG keinerlei Verpflichtungen zur Weiterbeförderung bzw. zu einem Rücktransport übernimmt. Im übrigen gelten die Vertrags- und Beförderungsbedingungen der Deutschen Lufthansa AG, insbesondere die darin festgelegten Haftungsbestimmungen.

Datum	Ausstellendes LH-Büro	Unterschrift Fluggast
-------	-----------------------	-----------------------

Medizinische Angaben des diagnostizierenden Arztes



Lufthansa

Hinweis an den diagnostizierenden Arzt:

Die hierin erbetenen Angaben, die *vertraulich* behandelt werden, sollen dem Medizinischen Dienst der Luftverkehrsgesellschaft(en) die ihnen obliegende Beurteilung ermöglichen, ob und unter welchen Voraussetzungen der vom Patienten gewünschten Beförderung mit einem Flugzeug nach luftfahrt-medizinischen Erkenntnissen zugestimmt werden kann. Sie werden auch benötigt, damit der Medizinische Dienst Anweisungen zur Betreuung des Patienten geben kann, die einerseits der Diagnose und andererseits der besonderen Situation der gewünschten Flugreise Rechnung tragen. Es wird gebeten, *alle* Fragen durch Ankreuzen bzw. in Druckbuchstaben zu beantworten. Vielen Dank.

MEDA 01

Patient/Name, Anschrift

Geschlecht

Alter

MEDA 02

Diagnostizierender Arzt/Name, Anschrift

Tel. Praxis

Tel. Privat

MEDA 03

Medizinische Angaben: Diagnose (Einzelheiten einschließlich lebenswichtiger Indikationen)

Tag/Monat/Jahr des Erstauftretens der Symptome

Datum der Diagnose

MEDA 04

Prognose für die Reise

MEDA 05

Ansteckende und übertragbare Krankheit?
Einzelangaben

Ja

Nein

MEDA 06

NIL

MEDA 07

Kann der Patient einen normalen Fluggastsitz mit aufgerichteter Rückenlehne benutzen?

Ja

Nein

MEDA 08

Kann der Patient im Flugzeug alle für ihn notwendigen Tätigkeiten allein und ohne Hilfe Dritter ausüben (Mahlzeiten, Aufsuchen der Toilette usw.)?
Wenn nicht, welche Unterstützung benötigt er?

Ja

Nein

MEDA 09

Soll der Patient mit einer Begleitperson reisen?
Wenn ja, welche Art von Begleitung schlagen Sie vor?

Ja

Nein

MEDA 10

Benötigt der Patient während des Fluges eine Versorgung mit Sauerstoff?
_____ Liter pro Minute

Ja

Nein

ständig?

Benötigt der Patient während des Fluges eine (über eine Eigenbehandlung hinausgehende) medizinische Versorgung und/oder besondere Geräte wie z.B. einen Respirator, Brutkasten o.ä.?

MEDA 11

(a) am Boden auf dem Flughafen Nein Ja

Welche?

MEDA 12

(b) während des Fluges Nein Ja

Welche?

Ist für den Patienten ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? (wenn ja, aber keine Vorkehrungen getroffen, bitte „noch keine“ eintragen).

MEDA 13

(a) bei längerem Aufenthalt oder Übernachtung an Umsteigeorten unterwegs Nein Ja

Vorkehrung

MEDA 14

(b) am Zielort Nein Ja

Vorkehrung

MEDA 15

Weitere Angaben und Hinweise für eine reibungslose und unbeschwerte Beförderung Ihres Patienten

keine

Einzelheiten

MEDA 16

Weitere, vom diagnostizierenden Arzt getroffene Vorkehrungen und Maßnahmen

Datum

Ort

Unterschrift des diagnostizierenden Arztes