

Informationsblatt für Passagiere mit Unterstützungsbedarf – Special Assistance Form SAF

In Übereinstimmung mit der IATA-Bestimmung 700, Anhang A, 29. Ausgabe, Dezember 2010

A.	Name, Vorname: Telefon (inkl. Vorwahl und Ländervorwahl): E-mail:	Titel: Fax:	Alter:	Geschlecht:	
B.	Buchungscode (PNR):				
C.	Reiseweg:				
	von:	nach:	Flugnummer:	Klasse:	Datum:
	von:	nach:	Flugnummer:	Klasse:	Datum:
D.	Art der Einschränkung bzw. des Unterstützungsbedarfs:				
E.	Liegendtransport im Flugzeug nötig: <input type="checkbox"/> STCR Ein Liegendtransport bedarf einer medizinisch ausgebildeten Begleitperson.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
F.	Begleitung während des Fluges notwendig: Name der Begleitperson: Medizinische Qualifikation: <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> keine PNR (wenn abweichend)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
G.	Rollstuhl erforderlich: <input type="checkbox"/> WCHR Gehfähig, aber eingeschränkt: Braucht Hilfe im Terminal zum/vom Gate, braucht Rollstuhl o.ä. beim Ein- bzw. Aussteigen mittels Fussweg über Vorfeld. Braucht hingegen keine Hilfe in einem Vorfeldbus, auf einer Flugzeugtreppe und in der Kabine zum Sitz, zu den Toiletten, oder bei den Mahlzeiten. <input type="checkbox"/> WCHS Gehfähig, aber stark eingeschränkt: Kann Vorfeldbus nicht benutzen und braucht Hilfe beim Ein-/Aussteigen (z.B. über Flugzeugtreppe). Braucht hingegen keine Hilfe in der Kabine (zum/vom Sitz, Toilette, bei den Mahlzeiten). <input type="checkbox"/> WCHC Gehunfähig: Braucht auch in der Kabine Hilfe zum/vom Sitz, zu den Toiletten und bei den Mahlzeiten (Bitte beachten Sie, dass Hilfe in der Toilette oder bei den Mahlzeiten nicht vom Flugpersonal zur Verfügung gestellt werden kann). eigener Rollstuhl: <input type="checkbox"/> WCH OWN Batteriebetrieben: <input type="checkbox"/> WCH BD/Trockenbatterie faltbar: <input type="checkbox"/> Masse (B/H/T cm): Gewicht (kg):			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
H.	Ambulanz zum/vom Flughafen (Organisation durch Assistance/Versicherung/Fluggast): Name des Unternehmens: Kontakt (Telefon/E-Mail):			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
I.	Betreuung im Flughafenbereich erforderlich: Bitte erläutern:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
J.	Weitere Unterstützung am Flughafen notwendig (nicht Rollstuhl): Bitte erläutern:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
K.	Spezielle Unterstützung/Geräte (auch eigene) während des Fluges notwendig, spezielle Wünsche: Bitte spezifizieren (z.B. Extrasitz, Gerätetyp, spez. Sitzplatz): Mögliche Zusatzkosten gehen zu Lasten des Passagiers. Bei Gebrauch eines Sauerstoffkonzentrators (POC) oder eines CPAP-Gerätes siehe entsprechendes Informationsblatt unter http://medicalservices.swiss.com (Quick Links). Der Gebrauch eines POC- oder CPAP-Gerätes muss technisch (CPAP, POC) und medizinisch (POC) von Swiss autorisiert werden.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
L.	FREMEC (Frequent Medical Traveller Card): Gültig bis: Ausgestellt durch: Falls eine FREMEC gewünscht wird, bitte vollständige Adresse und Telefonnummer (inkl. Ländervorwahl) des Antragstellers angeben: Adresse: Telefonnummer:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Es gelten die Vertrags- und Beförderungsbedingungen der Swiss International Air Lines Ltd., insbesondere die darin festgelegten Haftungsbestimmungen.

Swiss International Air Lines Ltd.
Special Assistance Form (SAF)

Kontakt: SWISS Medical Services Tel.: +41 58 584 68 33
E-Mail: medicalservices@swiss.com Fax: +41 58 584 68 45

Informationsblatt für Passagiere: Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF 1

In Übereinstimmung mit der IATA-Bestimmung 700, Anhang A, 29. Ausgabe, Dezember 2010

Hinweis an den diagnostizierenden Arzt:

Die hierin erbetenen Angaben, die vertraulich behandelt werden, sollen dem Medizinischen Dienst der Luftverkehrsgesellschaft(en) die ihm obliegende Beurteilung ermöglichen, ob und unter welchen Voraussetzungen der vom Patienten gewünschten Beförderung mit einem Flugzeug nach luftfahrtmedizinischen 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.

1. Patient			
Name, Vorname:			
Geburtstag:	Geschlecht:	Grösse:	Gewicht:
2. Betreuender Arzt			
Name:			
Adresse:		Telefon:	
E-Mail:		Fax:	
3. Diagnose (inkl. Datum des Symptombeginns der aktuellen Erkrankung, des Unfalls, Therapie, Verlauf, besteht Ansteckungsgefahr?)			
.....			
Art und Datum kürzlich erfolgter operativer Eingriffe:			
4. Gegenwärtige Beschwerden		Beginn (Datum):	
5. Wird eine 25%- bis 30%-ige Reduktion des Sauerstoffpartialdrucks (relative Hypoxie) die Gesundheit des Passagiers beeinträchtigen? (Kabinendruck entspricht einem raschen Aufstieg auf 2400 Meter (8000 feet) über dem Meeresspiegel)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar			
6. Ergänzende Informationen			
Anämie:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bitte Datum: der letzten Hämoglobinbestimmung	und Wert gm/dl
Psychische Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, siehe Part 2	
Herzerkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, siehe Part 2	
Miktion ungestört, kontinent:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls nein, wie erfolgt die Miktion?	
Defäkation ungestört, kontinent:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Atemwegserkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, siehe Part 2	
Benötigt der Patient Heimsauerstoff?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie viel l/min?	
Benötigt der Patient O ₂ im Flugzeug?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 2 l/min <input type="checkbox"/> 4 l/min	
Anfallsleiden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, siehe Part 2	
7. Begleitung			
Kann der Patient allein reisen und alle notwendigen Aktivitäten an Bord selbst auszuführen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, ist eine Unterstützung zum Ein-/Ausstieg (durch Flughafenpersonal) ausreichend?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn nein, muss der Patient von einer geeigneten Person begleitet werden?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, benötigt wird		<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegekraft/Rettungsassistent	<input type="checkbox"/> Andere
Wenn «andere», werden alle notwendigen Hilfestellungen durch diese Person erbracht?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist der Patient in der Lage, auf einem normalen Flugzeugsitz zu sitzen (Sitzlehne hochgestellt)?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Mobilität			
Gehen ohne Unterstützung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Rollstuhl für Strecke: <input type="checkbox"/> Zum Flugzeug <input type="checkbox"/> Zum Sitz	
9. Aktuelle Medikation (inkl. Dosierung):			
10. Weitere medizinische Informationen:			

Informationsblatt für Passagiere: Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF 2

In Übereinstimmung mit der IATA-Bestimmung 700, Anhang A, 29. Ausgabe, Dezember 2010

1. Herz-Kreislauf-Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Angina:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann zuletzt?
– Ist der Zustand stabil?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
– Funktionale Einschränkung? (CSS)	<input type="checkbox"/> Angina bei erheblicher Belastung	<input type="checkbox"/> Angina bei mässiger Belastung	
	<input type="checkbox"/> Angina bei geringer Belastung	<input type="checkbox"/> Angina in Ruhe	
– Kann der Patient ohne Symptome 100 m gehen oder 10–12 Stufen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Myokardinfarkt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Datum:
– Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, folgende:
– Belastungs-EKG?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Ergebnis: MET oder Watt
– Falls Ballon-Angioplastie (PTCA oder PCI) oder koronare Bypasschirurgie, kann der Patient ohne Symptome 100 m gehen oder 10–12 Stufen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Herzinsuffizienz:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Letzte Dekompensation, Datum:
– Ist der Patient unter Medikation stabil?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
– Funktionale Einschränkung?	<input type="checkbox"/> Keine Symptome bei normaler Belastung	<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei erheblicher Belastung	
	<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei geringer Belastung	<input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe	
Synkope:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann zuletzt?
– Abklärende Untersuchungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Ergebnis?
2. Chronische Lungenerkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ist kürzlich eine arterielle Blutgasanalyse (BGA) durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
BGA unter	<input type="checkbox"/> Raumluft	<input type="checkbox"/> Sauerstoff	Liter pro Minute
– Wenn ja, Ergebnisse:	pCO ₂ [kPa/mmHg]		pO ₂ [kPa/mmHg]
	% Sättigung		Datum der Untersuchung:
Besteht eine CO ₂ -Retention bzw. Hyperkapnie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hat sich der Allgemeinzustand kürzlich verschlechtert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Kann der Patient ohne Symptome 100 m gehen oder 10–12 Stufen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ist der Patient in akutem Zustand jemals mit einer kommerziellen Airline geflogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
– Wenn ja, wann?			
– Gab es irgendwelche Schwierigkeiten?			
3. Psychische Einschränkung/(psychiatrische) Erkrankung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Besteht die Möglichkeit einer Agitation des Patienten während des Fluges?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ist der Patient jemals zuvor mit einem Verkehrsflugzeug geflogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
– Wenn ja, Datum?		Reiste der Patient:	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> in Begleitung?
4. Krampfanfall/Epilepsie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Art des Krampfanfalls?			
Häufigkeit der Krampfanfälle:			
Wann war das letzte Ereignis?			
Medikamentöse Anfallsprophylaxe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
5. Prognose für die Reise:	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Eingeschränkt	

Unterschrift des Arztes (oder Facsimile):

Datum:

Bitte beachten: Es ist den Flugbegleitern nicht gestattet, spezielle Hilfestellungen (z.B. Heben von Passagieren, Hilfe bei den Mahlzeiten) zu leisten, da dadurch die Versorgung bzw. Sicherheit der anderen Passagiere beeinträchtigt werden kann. Überdies sind die Flugbegleiter lediglich in Erster Hilfe ausgebildet und somit nicht befugt, Spritzen oder Medikamente zu verabreichen. Wichtig: Gebühren, die sich aus obigen Angaben oder Einschränkungen ergeben und für spezielle Transportleistungen oder Geräte erhoben werden, gehen zu vollen Lasten des betroffenen Patienten bzw. Passagiers.