

Betreuungshinweise für Fluggäste mit Unterstützungsbedarf – Special Assistance Form

1.	Name, Vorname	Titel	Alter	Geschlecht	
	1. Telefon (inkl. Vorwahl und Ländervorwahl)				
	E-mail				
2.	Passenger Name Record (PNR)				
3.	Reiseweg von	nach	Flugnr.	Klasse	Datum
	Reiseweg von	nach	Flugnr.	Klasse	Datum
4.	Art der Einschränkung bzw. erforderliche Unterstützung				
5.	Liegendtransport notwendig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	<input type="checkbox"/> STCR Fluggast muss auf einer Krankentrage befördert werden. Eine medizinisch qualifizierte Begleitung auf eigene Kosten ist notwendig (Pflegekraft oder Arzt).				
6.	Begleitung während der Reise erforderlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	Vorgesehene Begleitung (Name)				
	Medizinische Qualifikation <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflegekraft <input type="checkbox"/> keine PNR (wenn abweichend)				
	<input type="checkbox"/> Begleitung durch andere geeignete Person (Name)				
7.	Rollstuhl erforderlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	<input type="checkbox"/> WCHR Gehfähig, aber eingeschränkt: Braucht Hilfe im Terminal zum/vom Gate, Rollstuhl o.ä. beim Ein- bzw. Aussteigen mittels Fußweg über Vorfeld. Braucht <u>keine</u> 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- bzw. Aussteigen (z.B. über Flugzeugtreppe). Braucht 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 evtl. bei den Mahlzeiten. <i>Anmerkung: Das Kabinenpersonal ist nur bei der Vorbereitung des Essens behilflich.</i>				
	eigener Rollstuhl <input type="checkbox"/> WCH OWN Batteriebetrieben <input type="checkbox"/> WCH BD/auslaufsichere Batterie <input type="checkbox"/> Faltbar				
	Maße (B/H/T cm) Gewicht (kg)				
8.	Ambulanz zum/vom Flughafen erforderlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	Tel/E-mail				
	Vorgesehenes Ambulanzunternehmen (Organisation und Kosten liegen bei Versicherung/Fluggast)				
9.	Betreuung im Flughafenbereich erforderlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	Bitte erläutern:				
10.	Weitere Unterstützung am Flughafen notwendig (nicht Rollstuhl) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	Bitte erläutern:				
11.	Spezielle Wünsche/Unterstützung/Geräte während des Fluges notwendig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	Bitte spezifizieren (z.B. besondere Verpflegung, Extrasitz, Gerätetyp, o.ä.)				
	Mögliche Zusatzkosten gehen zu Lasten des Reisenden				
	Technische Freigabe durch Fluggesellschaft erteilt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
12.	FREMEC (Frequent Medical Traveller Card) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	Gültig bis		Ausgestellt durch		

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Reise, falls ich zum Transport zugelassen werde, den allgemeinen Beförderungs- und Tarifbedingungen der Austrian Airlines AG unterliegt und dass diese über diese Bedingungen hinaus keine weitere Haftung übernimmt. Ich bin gewillt, irgendwelche Folgen, welche der Flugtransport für meine Gesundheit haben könnte, als mein eigenes Risiko zu tragen und ich befreie Austrian Airlines AG, ihre Angestellten, Bediensteten und Agenten von jeder Haftung solcher Folgen. Ich erkläre mich bereit, Austrian Airlines AG auf Wunsch alle besonderen Ausgaben zu ersetzen, die in Zusammenhang mit meiner Beförderung entstehen.

Kontakt: E-mail: specialcases@austrian.com, Fax: +43 (0)5-1766-51043

Angaben des Arztes zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF 1

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 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. Bitte füllen Sie das Formular auf Ihrem PC aus und verwenden Sie dazu die grauhinterlegten Felder. Vielen Dank.

1.	Patient/Name			
	Geburtstag	Geschlecht	Größe	Gewicht
2.	Betreuender Arzt			
	Adresse	E-mail		Telefon inkl. Vorwahl Fax
3.	Diagnose (inkl. Datum Symptombeginn der aktuellen Erkrankung, Unfall oder Therapie, besteht Ansteckungsgefahr?)			
	Art und Datum kürzlich stattgefundenener operativer Eingriffe			
4.	Gegenwärtige Beschwerden, Leistungseinschränkung			Datum Diagnose
5.	Wird eine 25% bis 30%ige Reduktion des Sauerstoffpartialdrucks (relative Hypoxie) die Gesundheit des Passagiers beeinträchtigen? (Kabinendruck entspricht einem raschen Aufstieg auf 2.400 Meter (8.000 feet) über dem Meeresspiegel)			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar			
6.	Ergänzende Informationen			
	a. Anämie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bitte aktuelles Hämoglobin in Gramm/Liter
	b. Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, siehe Part 2
	c. Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, siehe Part 2
	d. Miktion ungestört, kontinent	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls nein, wie erfolgt die Miktion
	e. Defäkation ungestört, kontinent	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	f. Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, siehe Part 2
	g. Benötigt der Patient Heimsauerstoff?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wie viel
	h. Benötigt der Patient O ₂ im Flugzeug?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja <input type="checkbox"/> 2 LPM <input type="checkbox"/> 4 LPM oder
	i. Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, siehe Part 2
7.	Begleitung			
	a. Kann der Patient alleine reisen und alle notwendigen Aktivitäten an Bord selbst ausführen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	b. Ist der Patient in der Lage, aufrecht auf einem normalen Fluggastsitz zu sitzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	c. Kann der Patient selbständig beim Flugzeug ein- und aussteigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	d. Wenn nein, muss der Patient von einer geeigneten Person begleitet werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	e. Wenn ja, benötigt wird	<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Pflegekraft	<input type="checkbox"/> Andere
f. Wenn andere, werden alle notwendigen Hilfestellungen durch diese Person erbracht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
8.	Mobilität			
	a. Gehen ohne Unterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
b. Rollstuhl für Strecke	<input type="checkbox"/> zum Flugzeug	<input type="checkbox"/> zum Sitz		
9.	Aktuelle Medikation			
10.	Weitere medizinische Informationen			

Angaben des Arztes zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF 2

Herz-Kreislaufsystem				
1.	a. 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?	<input type="checkbox"/> Keine Symptome		<input type="checkbox"/> Angina in Ruhe
		<input type="checkbox"/> Angina bei erheblicher Belastung		<input type="checkbox"/> Angina bei geringer Belastung
	> Kann der Patient ohne Symptome 100 m gehen oder 10-12 Stufen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	b. 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	
	c. 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 in Ruhe	
	<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei erheblicher Belastung		<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei geringer Belastung	
d. Synkope	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wann zuletzt?	
> weiterführende Untersuchungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, Ergebnis	
Chronische Lungenerkrankung		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
2.	a. Ist kürzlich eine arterielle Blutgasanalyse (BGA) durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	b. BGA unter	<input type="checkbox"/> Raumluft	<input type="checkbox"/> Sauerstoff	Liter pro Minute (LPM)
	> Wenn ja, Ergebnisse	pCO ₂ [kPa/mmHg]		pO ₂ [kPa/mmHg]
		% Sättigung	Datum der Untersuchung	
	c. Besteht eine CO ₂ -Retention bzw. Hyperkapnie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	d. Hat sich der Allgemeinzustand kürzlich verschlechtert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	e. Kann der Patient ohne Symptome 100 m gehen oder 10-12 Stufen steigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	f. Ist der Patient in diesem Zustand jemals mit einer kommerziellen Airline geflogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	> Wenn ja, wann?	> Gab es irgendwelche Schwierigkeiten?		
	Psychische Einschränkung/psychiatrische Erkrankung		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.	a. Besteht die Möglichkeit einer Agitation des Patienten während des Fluges?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	b. 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?
Psychische Einschränkung/psychiatrische Erkrankung		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
4.	a. Art des Krampfanfalls?			
	b. Häufigkeit der Krampfanfälle			
	c. Wann war das letzte Ereignis?			
	d. 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, Assistenz bei 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. Fluggastes.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an den Austrian Airlines Group Medical Desk.

Kontakt: specialcases@austrian.com, Fax: +43 (0)5-1766-51043