

# Betreuungshinweise für Fluggäste mit Unterstützungsbedarf – Handling Advice LH-Mitarbeiter

In accordance with IATA Resolution 700 Attachment A, 29<sup>th</sup> Edition, June 2009



# Lufthansa

Name, Vorname <b>1.</b>		Titel	Alter	Geschlecht
Passenger Name Record (PNR) <b>2.</b>				
Reiseweg von <b>3.</b>	nach	Flugnummer	Klasse	Datum
Art der Einschränkung bzw. des Unterstützungsbedarfs <b>4.</b>				
Liegendtransport notwendig		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>5.</b> <input type="checkbox"/> STCR Fluggast muss auf einer Krankentrage befördert werden. Hierzu ist eine medizinisch qualifizierte Begleitung notwendig (Pflegekraft, Rettungsassistent oder Arzt). <input type="checkbox"/> PTC Interkontinentaler Intensivtransport, verfügbar für spezifische A/C. MOC unterstützt bei Auswahl & Buchung.				
Begleitung während der Reise erforderlich <b>6.</b> Vorgesehene Begleitung (Name)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Medizinische Qualifikation <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Pflege/RA <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Begleitung durch andere geeignete Person (Name) PNR (wenn abweichend)		
Rollstuhl erforderlich <b>7.</b> <input type="checkbox"/> WCHR Gehfähig, aber eingeschränkt: Braucht Hilfe im Terminal zum/vom Gate, Rollstuhl o.ä. im Falle Ein- bzw. Aussteigen mittels Fußweg über Vorfeld. Braucht <u>keine Hilfe</u> 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 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.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
eigener Rollstuhl <input type="checkbox"/> WCH OWN	Batterie-betrieben <input type="checkbox"/> WCH BD/Trockenbatterie	Faltbar <input type="checkbox"/>	Maße (B/H/T cm)	Gewicht (kg)
Hospitalisation am Zielort <b>8.</b> Vorgesehenes Ambulanzunternehmen (Organisation durch Assistance/Versicherung/Fluggast)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kontakt (Telefon/email)		
Betreuung im Flughafenbereich erforderlich <b>9.</b> Vorgesehene Person/Unternehmen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kontakt (Telefon/email)		
Weitere Unterstützung am Flughafen notwendig <b>10.</b> Welche und wo? Abflug/Transit/Ankunft? Organisation durch Assistance/Versicherung/Fluggast)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kontakt (Telefon/email)		
Spezielle Wünsche/Unterstützung/Geräte während des Fluges notwendig <b>11.</b> Bitte spezifizieren (z.B. besondere Kostform, Extrasitz, Gerätetyp, o.ä.)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Mögliche Zusatzkosten gehen zu Lasten des Reisenden. <b>Bei Sauerstoffkonzentrator bitte Zusatzseite ausfüllen.</b>				
Technische Freigabe durch Fluggesellschaft erteilt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
FREMEC (Frequent Medical Traveller Card) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<b>12.</b> Gültig bis		Ausgestellt durch		

Es gelten die Vertrags- und Beförderungsbedingungen der Deutschen Lufthansa AG, insbesondere die darin festgelegten Haftungsbestimmungen.

## Angaben des Arztes zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – Anlage B, Teil 1



# Lufthansa

In accordance with IATA Resolution 700 Attachment B, 29<sup>th</sup> Edition, June 2009

### Hinweis an den diagnostizierenden Arzt:

Die hierin erbetenen Angaben, die vertraulich behandelt werden, sollen dem Medizinischen Dienst der Luftverkehrsgeellschaft(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. Es wird gebeten, alle Fragen durch Ankreuzen bzw. in Druckbuchstaben zu beantworten.

Vielen Dank

#### 1. Patient/Name

Geburtstag

Geschlecht

Größe

Gewicht

#### 2. Betreuender Arzt

Adresse

e-mail

Telefon (Mobil bevorzugt), inkl. Vorwahl und Länderkennung

Fax

#### 3. Diagnose (inkl. Datum Symptombeginn der aktuellen Erkrankung, Unfall oder Therapie, besteht Kontagiosität?)

Art und Datum kürzlich stattgehabter 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)

Ja  Nein  unklar

#### 6. Ergänzende Informationen

Ja  Nein

a. Anämie

Ja  Nein

Wenn ja, bitte aktuelles Hämoglobin in Gramm pro Liter

b. Psychische Erkrankung

Ja  Nein Wenn ja, siehe Part 2

c. Herzerkrankung

Ja  Nein Wenn ja, siehe Part 2

d. Miktion ungestört, kontinent

Ja  Nein Falls nein, wie erfolgt die Miktion

e. Defäkation ungestört, kontinent

Ja  Nein

f. Atemwegserkrankung

Ja  Nein Wenn ja, siehe Part 2

g. Benötigt der Patient Heimsauerstoff?

Ja  Nein Wenn ja, wie viel

h. Benötigt der Patient O<sub>2</sub> im Flugzeug?

Ja  Nein Wenn ja,  2 LPM  4 LPM oder

i. Anfallsleiden

Ja  Nein Wenn ja, siehe Part 2

#### 7. Begleitung

a. Kann der Patient alleine reisen und alle notwendigen Aktivitäten an Bord selbst auszuführen?  Ja  nein

b. Ist der Patient, in der Lage aufrecht auf einem normalen Fluggastsitz zu sitzen?  Ja  nein

c. Wenn nein, ist eine Unterstützung zum Ein-/Aussieg (durch Flughafenpersonal) ausreichend?  Ja  nein

d. Wenn nein, muss der Patient von einer geeigneten Person begleitet werden?  Ja  nein

e. Wenn ja, benötigt wird  Arzt  Pflegekraft/Rettungsassistent  Andere

f. Wenn andere, werden alle notwendigen Hilfestellung durch diese Person erbracht?  Ja  nein

#### 8. Mobilität

a. Gehen ohne Unterstützung  Ja  Nein b. Rollstuhl für Strecke  zum Flugzeug  zum Sitz

#### 9. Aktuelle Medikation

#### 10. Weitere medizinische Informationen

# Angaben des Arztes zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – Anlage B, Teil 2

In accordance with IATA Resolution 700 Attachment B, 29<sup>th</sup> Edition, June 2009



# Lufthansa

## 1. Herz-Kreislaufsystem

- a. Angina  Ja  Nein Wann zuletzt?  
 - Ist der Zustand stabil?  Ja  Nein  
 - Funktionale Einschränkung?  Keine Symptome  Angina bei erheblicher Belastung  
 Angina bei geringer Belastung  Angina in Ruhe  
 - Kann der Patient ohne Symptome 100 m gehen oder 10-12 Stufen steigen?  Ja  Nein
- b. Myokardinfarkt  Ja  Nein Wenn ja, Datum  
 - Komplikationen?  Ja  Nein Wenn ja, folgende:  
 - Belastungs-EKG?  Ja  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?  Ja  Nein
- c. Herzinsuffizienz  Ja  Nein Letzte Dekompensation, Datum?  
 - Ist der Patient unter Medikation stabil?  Ja  Nein  
 - Funktionale Einschränkung?  Keine Symptome bei normaler Belastung  
 Dyspnoe bei erheblicher Belastung  Dyspnoe bei geringer Belastung  Dyspnoe in Ruhe
- d. Synkope  Ja  Nein Wann zuletzt?  
 - weiterführende Untersuchungen  Ja  Nein Wenn ja, Ergebnis:

## 2. Chronische Lungenerkrankung

Ja  Nein

- a. Ist kürzlich eine arterielle Blutgasanalyse (BGA) durchgeführt worden?  Ja  Nein  
 b. BGA unter  Raumluft  Sauerstoff Liter pro Minute (LPM)  
 Wenn ja, Ergebnisse:  pCO<sub>2</sub> [kPa/mmHg]  pO<sub>2</sub> [kPa/mmHg] (unzutreffendes Streichen)  
 % Sättigung Datum der Untersuchung
- c. Besteht eine CO<sub>2</sub>-Retention bzw. Hyperkapnie?  Ja  Nein  
 d. Hat sich der Allgemeinzustand kürzlich verschlechtert?  Ja  Nein  
 e. Kann der Patient ohne Symptome 100 m gehen oder 10-12 Stufen steigen?  Ja  Nein  
 f. Ist der Patient in diesem Zustand jemals mit einer kommerziellen Airline geflogen?  Ja  Nein  
 - Wenn ja, wann?  
 - Gab es irgendwelche Schwierigkeiten?

## 3. Psychische Einschränkung/psychiatrische Erkrankung

Ja  Nein

- a. Besteht die Möglichkeit einer Agitation des Patienten während des Fluges?  Ja  Nein  
 b. Ist der Patient jemals zuvor mit einem Verkehrsflugzeug geflogen?  Ja  Nein  
 - Wenn ja, Datum? Reiste der Patient  alleine  in Begleitung?

## 4. Krampfanfall/Epilepsie

Ja  Nein

- a. Art des Krampfanfalls?  
 b. Häufigkeit der Krampfanfälle  
 c. Wann war das letzte Ereignis?  
 d. Medikamentöse Anfallsprophylaxe?  Ja  Nein

## 5. Prognose für die Reise

Gut  Eingeschränkt

Unterschrift des Arztes (oder Facsimile) \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Bitte beachten:** Es ist den Flugbegleitern nicht gestattet spezielle Hilfestellungen (z.B. Heben von Passagieren) oder Assistenz 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.