

Betreuungshinweise für Fluggäste mit Unterstützungsbedarf – Handling Advice LH-Mitarbeiter


Lufthansa

 In accordance with IATA Resolution 700 Attachment A, 29th Edition, June 2009

1.	Name, Vorname	Titel	Alter	Geschlecht
2.	Passenger Name Record (PNR)			
3.	Reiseweg von	nach	Flugnummer	Klasse
				Datum
4.	Art der Einschränkung bzw. des Unterstützungsbedarfs			
5.	Liegendtransport notwendig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> STCR Fluggast muss auf einer Krankentrage befördert werden. Hierzu ist eine medizinisch qualifizierte Begleitung notwendig (Pflegerkraft, Rettungsassistent oder Arzt). <input type="checkbox"/> PTC Interkontinentaler Intensivtransport, verfügbar für spezifische A/C. MOC unterstützt bei Auswahl & Buchung.			
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"/> Pflege/RA	<input type="checkbox"/> keine	
	<input type="checkbox"/> Begleitung durch andere geeignete Person (Name)		PNR (wenn abweichend)	
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. im Falle 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-/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.			
	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)
8.	Hospitalisation am Zielort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Vorgesehenes Ambulanzunternehmen (Organisation durch Assistance/Versicherung/Fluggast)		Kontakt (Telefon/email)	
9.	Betreuung im Flughafenbereich erforderlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Vorgesehene Person/Unternehmen		Kontakt (Telefon/email)	
10.	Weitere Unterstützung am Flughafen notwendig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Welche und wo? Abflug/Transit/Ankunft? Organisation durch Assistance/Versicherung/Fluggast		Kontakt (Telefon/email)	
11.	Spezielle Wünsche/Unterstützung/Geräte während des Fluges notwendig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Bitte spezifizieren (z.B. besondere Kostform, Extrasitz, Gerätetyp, o.ä.)			
12.	Mögliche Zusatzkosten gehen zu Lasten des Reisenden. Bei Sauerstoffkonzentrator bitte Zusatzseite ausfüllen.			
	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			
	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, 29th Edition, June 2009

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. Es wird gebeten, alle Fragen durch Ankreuzen bzw. in Druckbuchstaben zu beantworten.

Vielen Dank

1. Patient/Name			
Geburts-tag	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)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unklar			
6. Ergänzende Informationen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
a. Anämie		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte aktuelles Hämoglobin in Gramm pro 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 auszuführen? <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. Wenn nein, ist eine Unterstützung zum Ein-/Ausstieg (durch Flughafenpersonal) ausreichend? <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/Rettungsassistent <input type="checkbox"/> Andere			
f. Wenn andere, werden alle notwendigen Hilfestellung 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 – Anlage B, Teil 2

In accordance with IATA Resolution 700 Attachment B, 29th 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?
- weiter führende 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: pCO₂ [kPa/mmHg] pO₂ [kPa/mmHg] (unzutreffendes Streichen)
- % Sättigung Datum der Untersuchung
- c. Besteht eine CO₂-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.