

Attest für Ihre Flugreise bei Schwangerschaft

PREGNANCY STATEMENT FOR AIR TRAVEL



Lufthansa
Medizinischer Dienst

Name Reisender / Name of passenger		Geburtsdatum / Date of birth
Anschrift Arzt / Place of treatment	SSW / weeks of pregnancy	Geburtstermin / Due date
<input type="checkbox"/> Normale Schwangerschaft, keine Einschränkungen für Flugreise Normal pregnancy, no restrictions for air travel		
<input type="checkbox"/> Risikoschwangerschaft, eine Flugreise ist nicht zu empfehlen Risk pregnancy, air travel is not recommended		
Ort u. Datum / Place and date		Unterschrift Arzt / Signature attending physician

Hinflug / Outbound flight	Rückflug / Inbound flight
Strecke/routing _____	Strecke/routing _____
Flug Nr. / Flight No. _____	Flug Nr. / Flight No. _____
Datum / Date _____	Datum / Date _____
Economy Class <input type="checkbox"/> Business Class <input type="checkbox"/> First Class <input type="checkbox"/>	Economy Class <input type="checkbox"/> Business Class <input type="checkbox"/> First Class <input type="checkbox"/>
Passagier Kontakt / Passenger`s contact information	
Tel. / Phone :	
Email :	