

# Betreuungshinweise für Fluggäste mit Unterstützungsbedarf – Special Assistance Form



## PASSAGIER INFORMATION

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
Telefon (inkl. Vorwahl und Ländervorwahl) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## PASSENGER NAME RECORD (PNR)

\_\_\_\_\_

## REISEWEG

Von \_\_\_\_\_ Nach \_\_\_\_\_ Flugnr. \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ART DER EINSCHRÄNKUNG BZW. ERFORDERLICHE UNTERSTÜTZUNG

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IST DER GAST IN DER LAGE AUFRECHT AUF EINEM NORMALEN FLUGGASTSITZ ZU SITZEN?  Ja  Nein

LIEGETRANSPORT NOTWENDIG  Ja  Nein

STCR Fluggast muss auf einer Krankentrage befördert werden. Eine medizinisch qualifizierte Begleitung auf eigene Kosten ist notwendig (Pflegerkraft oder Arzt).

BEGLEITUNG WÄHREND DER REISE ERFORDERLICH  Ja  Nein

Vorgesehene Begleitung (Name) \_\_\_\_\_

Medizinische Qualifikation  Arzt  Pflegerkraft  keine  PNR (wenn abweichend)

Begleitung durch andere geeignete Person (Name) \_\_\_\_\_

ROLLSTUHLSERVICE ODER HILFE BEIM EIN-/AUSSTEIGEN ERFORDERLICH?  Ja  Nein

WCHR Gehfähig, aber eingeschränkt: Braucht Hilfe im Terminal zum/vom Gate, Rollstuhl o.ä. beim Ein- bzw. Aussteigen mittels Fußweg über Vorfeld. Braucht keine Hilfe in einem Vorfeldbus, auf einer Flugzeugtreppe und in der Kabine zum Sitz, zu den Toiletten oder bei den Mahlzeiten.

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).

WCHC Gehunfähig: Braucht auch in der Kabine Hilfe zum/vom Sitz, zu den Toiletten und evtl. bei den Mahlzeiten.  
Anmerkung: Das Kabinenpersonal ist nur bei der Vorbereitung des Essens behilflich.

**Eigener Rollstuhl**  WCMP – manueller Antrieb  faltbar Maße (B/H/T cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

**Batteriebetriebener Rollstuhl** bitte anmelden über <https://www.austrian.com/at/de/fluggaeste-mit-betreuungsbedarf>

AMBULANZ ZUM/VOM FLUGHAFENBEREICH ERFORDERLICH  Ja  Nein

Tel/E-mail \_\_\_\_\_

Vorgesehenes Ambulanzunternehmen  
(Organisation und Kosten liegen bei Versicherung/Fluggast)

BETREUUNG IM FLUGHAFENBEREICH ERFORDERLICH  Ja  Nein

Bitte erläutern: \_\_\_\_\_

WEITERE UNTERSTÜTZUNG AM FLUGHAFEN NOTWENDIG (NICHT ROLLSTUHL)  Ja  Nein

Bitte erläutern: \_\_\_\_\_

SPEZIELLE WÜNSCHE/UNTERSTÜTZUNG/GERÄTE WÄHREND DES FLUGES NOTWENDIG  Ja  Nein

Bitte spezifizieren (z.B. besondere Verpflegung, Extrasitz, Gerätetyp, o.ä.)  
Mögliche Zusatzkosten gehen zu Lasten des Reisenden

Technische Freigabe durch Fluggesellschaft erteilt  Ja  Nein

FREMEC (FREQUENT MEDICAL TRAVELLER CARD)  Ja  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.

# 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.

## PATIENT

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

## BETREUENDER ARZT

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Telefon inkl. Vorwahl \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## DIAGNOSE (INKL. DATUM SYMPTOMBEGINN DER AKTUELLEN ERKRANKUNG, UNFALL ODER THERAPIE, BESTEHT ANSTECKUNGSGEFAHR?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Art und Datum kürzlich stattgefundenener operativer Eingriffe \_\_\_\_\_

## GEGENWÄRTIGE BESCHWERDEN, LEISTUNGSEINSCHRÄNKUNG

Datum Diagnose \_\_\_\_\_

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

## ERGÄNZENDE INFORMATIONEN

- a. Anämie  Ja  Nein Wenn ja, bitte aktuelles Hämoglobin in Gramm/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 O2 im Flugzeug?  Ja  Nein Wenn ja  2 LPM  4 LPM oder \_\_\_\_\_
- i. Anfallsleiden  Ja  Nein Wenn ja, siehe Part 2 \_\_\_\_\_

## BEGLEITUNG

- a. Kann der Patient alleine reisen und alle notwendigen Aktivitäten an Bord selbst ausführen?  Ja  Nein
- b. Ist der Patient in der Lage, aufrecht auf einem normalen Fluggastsitz zu sitzen?  Ja  Nein
- c. Kann der Patient selbständig beim Flugzeug ein- und aussteigen?  Ja  Nein
- d. Wenn nein, muss der Patient von einer geeigneten Person begleitet werden?  Ja  Nein
- e. Wenn ja, benötigt wird  Arzt  Pflegekraft  Andere
- f. Wenn andere, werden alle notwendigen Hilfestellungen durch diese Person erbracht?  Ja  Nein

## MOBILITÄT

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

## AKTUELLE MEDIKATION

\_\_\_\_\_

## WEITERE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

\_\_\_\_\_

# Angaben des Arztes zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF 2



## HERZ-KREISLAUFSYSTEM

a. Angina  Ja  Nein Wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
Ist der Zustand stabil?  Ja  Nein  
Funktionale Einschränkung?  Keine Symptome  Angina in Ruhe  
 Angina bei erheblicher Belastung  Angina bei geringer Belastung  
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 in Ruhe  
 Dyspnoe bei erheblicher Belastung  Dyspnoe bei geringer Belastung

d. Synkope  Ja  Nein Wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
weiterführende Untersuchungen  Ja  Nein Wenn ja, Ergebnis? \_\_\_\_\_

## CHRONISCHE LUNGENERKRANKUNG

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] \_\_\_\_\_  
% 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? \_\_\_\_\_

## PSYCHISCHE EINSCHRÄNKUNG/PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

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

## PSYCHISCHE EINSCHRÄNKUNG/PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

a. Art des Krampfanfalls? \_\_\_\_\_

b. Häufigkeit der Krampfanfälle \_\_\_\_\_

c. Wann war das letzte Ereignis? \_\_\_\_\_

d. Medikamentöse Anfallsprophylaxe?  Ja  Nein

## 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, 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