

MEDIZINISCHES

INFORMATIONSFORMULAR MEDIF

Sehr geehrter Fluggast,

wir freuen uns sehr, dass Sie Eurowings für Ihre Reise ausgewählt haben. Bitte füllen Sie die folgenden Seiten gemeinsam mit Ihrem/Ihre betreuenden Arzt/Ärztin aus, gerne elektronisch oder gut leserlich in Druckbuchstaben. Vergessen Sie bitte nicht, die Datenschutzerklärung zu unterzeichnen, da wir Ihre Anfrage sonst leider nicht weiterbearbeiten können. Die Unterlagen können Sie uns per E-Mail (**assistance@eurowings.com**) zukommen lassen.

Die in den folgenden Formularen abgefragten persönlichen und medizinischen Informationen werden streng vertraulich behandelt. Wir benötigen sie jedoch zur Beurteilung, ob und unter welchen Voraussetzungen der von Ihnen gewünschten Beförderung mit einem Flugzeug nach flugmedizinischen Erkenntnissen zugestimmt werden kann. Sie werden auch benötigt, damit wir Anweisungen zu Ihrer Betreuung geben können, die einerseits der Diagnose und andererseits der besonderen Situation der gewünschten Flugreise Rechnung tragen.

Bitte beachten Sie, dass es den Flugbegleitern/-begleiterinnen nicht gestattet ist, spezielle Hilfestellungen (z. B. medizinische Pflegeleistungen, Heben von Passagieren etc.) oder Assistenz bei den Mahlzeiten, die über das Öffnen von Verpackungen bzw. Zerteilen der Nahrung in mundgerechte Stücke, zu leisten, da dadurch die Versorgung bzw. Sicherheit der anderen Passagiere beeinträchtigt werden kann. Überdies sind die Flugbegleiter/-innen lediglich in Erster Hilfe ausgebildet und somit nicht befugt, Spritzen oder Medikamente zu verabreichen. Sollten Sie mit einem eigenen elektrischen Rollstuhl reisen, halten Sie bitte Informationen zur Batterieleistung sowie zur Entnahme der Batterie und zum kompletten Ausschalten des Rollstuhls bereit.

Es gelten die Vertrags- und Beförderungsbedingungen der Eurowings GmbH, insbesondere die darin festgelegten Haftungsbestimmungen.

Wir wünschen Ihnen eine gute Reise!

Bleiben Sie gesund
Ihr Eurowings Assistance Team



DATENSCHUTZERKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

Das Assistance Team der Eurowings benötigt Ihre in diesem Formular (oder angefügten Dokumenten) zur Verfügung gestellten personenbezogenen und medizinischen Daten zur Erteilung der medizinischen Flugfreigabe bzw. zur Bereitstellung des angeforderten Unterstützungsbedarfes. Hierfür ist Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO erforderlich. Im Rahmen der Bearbeitung kann es notwendig sein, dass personenbezogene Daten an Dritte, wie z. B. weitere Fluggesellschaften innerhalb Ihres Reiseplans, an medizinisches und nicht medizinisches Eurowings Personal, Flughafenmitarbeiter sowie Regierungs- und Grenzbehörden auf nationaler und internationaler Ebene weitergegeben bzw. übermittelt werden.

Im Falle, dass Sie einen Mobilitätsservice wünschen, kann auch hier die Weitergabe von personenbezogenen Daten an einen entsprechenden Dienstleister notwendig sein. Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Anfrage ohne folgende Einverständniserklärung leider nicht weiterbearbeiten können.

Ich bin mit der Verarbeitung, Nutzung und Weitergabe meiner personenbezogenen und medizinischen Daten zum oben genannten Zweck einverstanden. Ich stimme zudem einer elektronischen Kommunikation in unverschlüsselter Form zu. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Im Falle des Widerrufs wird das Assistance Team meine personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten. Der Widerruf kann formlos postalisch oder per E-Mail an das Assistance Team (E-Mail: **assistance@eurowings.com**) gerichtet werden.

Ich habe folgende Betroffenenrechte aus Art. 15–21 DSGVO. Im Einzelnen sind dies:

- Recht auf Auskunft, Art. 15 DSGVO
- Recht auf Berichtigung, Art. 16 DSGVO
- Recht auf Löschung, Art. 17 DSGVO
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DSGVO
- Recht auf Datenübertragbarkeit, Art. 20 DSGVO

Zudem habe ich das Recht, bei einer Datenschutzbehörde eine Beschwerde über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einzulegen.

Datum | Ort

Unterschrift des Passagiers, Erziehungsberechtigten
oder gesetzlichen Betreuers



Datenschutzbeauftragter Eurowings GmbH

E-Mail: datenschutz@eurowings.com

MEDIZINISCHES INFORMATIONSFORMULAR MEDIF

Informationsformular für Fluggäste mit speziellem Unterstützungsbedarf

1. Familienname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

2. Buchungsnummer (PNR): _____

3. Reisedaten: Hinflugdatum: _____ Ab Flughafen: _____ Zu Flughafen: _____

Rückflugdatum: _____ Ab Flughafen: _____ Zu Flughafen: _____

Flugnr. Hin EW: _____ Flugnr. Rück EW: _____

4. Art der Krankheit: _____

5. Begleitperson: Ja Nein Name: _____ Titel: _____ Alter: _____

PNR (falls abweichend): _____ Med. Qualifikation: Ja Nein Sprache: _____

6. Rollstuhl | Gehhilfe benötigt: Ja Nein Rollstuhlkategorie wählen: _____

Eigene/-r Rollstuhl | Gehhilfe: Ja Nein Antrieb/Gehhilfe wählen: _____

Gewicht und Größe: _____

7. Benötigt Ambulanzfahrzeug: (muss vom Fluggast/Stellvertreter organisiert werden) Ja Nein

Falls Ja, bitte Krankentransportunternehmen angeben: _____

Name des Kontakts: _____ Tel.-Nr. des Kontakts: _____

8. Bringer | Abholer: Ja Nein Kontaktdaten angeben (Name | Mobilnr.): _____

9. Andere Regelungen vor | nach Flug: Ja Nein Falls Ja, bitte angeben: _____

Abflughafen: _____ Transitflughafen: _____ Ankunftsflughafen: _____

10. Medizinische Besonderheiten während des Fluges: (Geräte werden vom Passagier gestellt) Ja Nein

Falls Ja, bitte angeben: _____ Medizinische Geräte, vom Passagier gestellt: Ja Nein

Falls Ja, bitte angeben: _____ Gerät ist batteriebetrieben

Med. Sauerstoff:* Ja Nein Falls Ja, bitte angeben: _____

Fliegt der Gast mit einem Assistenz- | Warn- | Begleithund: Ja Nein

Falls Ja, bitte Rasse | Größe | Gewicht angeben: _____ Welche Aufgabe erfüllt der Hund? _____

Spezielle Sitzausstattung: Ja Nein Falls Ja, bitte angeben: _____

Hinweis: Plätze am Notausgang können für Gäste mit Einschränkungen | Krankheit aus Sicherheitsgründen nicht ausgewählt werden.

11. Med. Unbedenklichkeitserklärung für Vielflieger (FREMEC) für Eurowings: Ja Nein

Falls Ja, Angabe der FREMEC-Nr.: _____ Ausgestellt von: _____ Ablaufdatum: _____

MEDIZINISCHES INFORMATIONSFORMULAR MEDIF

Informationsformular für Fluggäste mit speziellem Unterstützungsbedarf

1. Patientennamen: _____ Vorname: _____

Geb. am: _____ Geschl.: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

2. Behandelnder Arzt (Name): _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Fax: _____

3. Diagnose:

(einschließlich Beginn der aktuellen Krankheit, Episode oder des Unfalls und der Behandlung einschl. Krankenhausaufenthalt; bitte angeben, ob ansteckend)

Art der Operation: _____ Datum der Operation: _____

Falls andere Angaben, bitte angeben: _____

4. Aktuelle Symptome und Akuität: _____

(inkl. Herzschlagrate, Atemfrequenz und Blutdruck, falls vorliegend)

5. Wird eine 25%ige 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 Nicht sicher

6. Ergänzende medizinische Informationen:

a) Anämie: Ja Nein Falls Ja, Angabe letzter Ergebnisse in Gramm vom Hämoglobin: _____

b) Psychische Erkrankung: Ja Nein Falls Ja, siehe Punkt 13

c) Anfallsleiden: Ja Nein Falls Ja, siehe Punkt 14

d) Herzerkrankung: Ja Nein Falls Ja, siehe Punkt 11

e) Normale Blasenkontrolle: Ja Nein Falls Nein, Versorgung mit: _____

f) Normale Verdauung: Ja Nein Falls Nein, Versorgung mit: _____

g) Lungenerkrankung: Ja Nein Falls Ja, siehe Punkt 12

h) Braucht der Gast Heimsauerstoff? Ja Nein Falls Ja, angeben: _____

i) Braucht der Gast Sauerstoff während des Fluges? Ja Nein Falls Ja, angeben: _____

MEDIZINISCHES INFORMATIONSFORMULAR MEDIF

7. Begleitung – kann der Fluggast alleine reisen? Ja Nein

Falls Nein, reicht ein Assistenz-Service aus? (Service von der Fluggesellschaft durchgeführt) Ja Nein

Wenn Nein, hat der Patient eine private Begleitung, die sich an Bord um seine Bedürfnisse kümmert? Ja Nein

Hinweis: Wenn diese Frage mit Nein beantwortet wird, kann Eurowings den Passagier ablehnen.
Es ist die Verantwortung des Passagiers, die Begleitung zu stellen.

Falls Ja, wer sollte den Gast begleiten? Arzt Krankenschw. Anderes med. Personal Anderer

Falls andere, ist die nicht med. Begleitung in der Lage, alle oben genannten Anforderungen zu erfüllen?

Ja Nein

8. Mobilität:

a) Geht ohne Assistenz: Ja Nein

b) Rollstuhl nötig für kurze Strecken/Treppen: Ja Nein Falls Ja, angeben: _____

c) Kann der Gast bei Start, Landung und im Notfall aufrecht sitzen? Ja Nein

9. Aktuelle Medikation:

10. Prognose für die Reise: Gut Schlecht

Weitere relevante Angaben: _____

11. Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Ja Nein

a) Angina: Ja Nein Datum der letzten Episode: _____

Ist der Zustand stabil? Ja Nein

Funktionale Einschränkungen (Angina/Dyspnoe)? Keine Symptome NYHA1

Angina bei schwerer Belastung NYHA2 Angina bei leichter Belastung NYHA3 Angina in Ruhe NYHA

Kann der Patient ohne Symptome 50 Meter gehen oder 10–12 Stufen steigen? Ja Nein

b) Myokardinfarkt: Ja Nein Datum: _____

Komplikationen: Ja Nein Falls Ja, angeben: _____

Getestet? Ja Nein Falls Ja, Testtyp und Ergebnis: _____

Kann der Patient ohne Symptome 50 Meter gehen oder 10–12 Stufen steigen? Ja Nein

c) Herzinsuffizienz: Ja Nein Letzte Dekompensation: _____

Ist der Patient unter Medikation stabil? Ja Nein

Funktionsklasse des Patienten: Keine Symptome Kurzatmigkeit bei schwerer Belastung

Kurzatmigkeit bei leichter Belastung Kurzatmigkeit in Ruhe

MEDIZINISCHES INFORMATIONSFORMULAR MEDIF

- 12. Lungenerkrankung:** Ja Nein
- a) Aktuelle BGA/Sättigung: Ja Nein Datum der Untersuchung: _____
 Falls Ja, in: Raumluft O₂ O₂ angeben: _____ Ergebnis pCO₂ _____ pO₂ _____
 Falls Nein, Sättigung mit Pulsoximeter: _____
- b) CO₂-Retention/Hyperkapnie: Ja Nein
- c) Aktuelle Verschlechterung? Ja Nein
- d) Kann der Patient ohne Symptome 50 Meter gehen oder 10–12 Stufen steigen? Ja Nein
- e) Wurde mit dem existenten Krankheitsbild kürzlich ein Flug angetreten? Ja Nein
 Falls Ja, Datum: _____ Traten Probleme auf? _____
- 13. Psychische Erkrankungen/Kognitive-Mentale-Intellektuelle Einschränkungen:** Ja Nein
- a) Besteht die Möglichkeit einer Agitation des Patienten während des Fluges? Ja Nein
- b) Wurde kürzlich ein Flug angetreten? Ja Nein
 Falls Ja, wann: _____ Der Patient reiste: alleine begleitet
- c) Schweregrad: leicht mittelschwer schwer oder anders: _____
- 14. Krampfanfälle/Epilepsie:** Ja Nein
- a) Art des Krampfanfalls: _____
- b) Häufigkeit der Krampfanfälle: _____
- c) Letztes Ereignis am: _____
- d) Medikamentöse Anfallsprophylaxe: Ja Nein Falls Ja, Medikation: _____
- 15. Mir liegt eine Patientenabtretung vor, diese Daten anzugeben**

 Datum | Ort

 Unterschrift und Stempel des Arztes | der Ärztin


Hinweis: Das Kabinenpersonal ist nicht berechtigt, bedürftigen Passagieren besondere Unterstützung (z. B. Heben, Füttern, Hilfe bei der Benutzung von Toiletten) zu gewähren, da es sich nachteilig auf ihren Service für andere Passagiere auswirkt. Außerdem sind sie nur in Erster Hilfe geschult.