



Sehr geehrter Fluggast,

wir freuen uns sehr, dass Sie Lufthansa für Ihre Reise ausgewählt haben. Bitte füllen Sie die folgenden Seiten gemeinsam mit Ihrem betreuenden Arzt/Ärztin aus, gerne elektronisch oder gut leserlich in Druckbuchstaben. **Bitte beachten Sie die beigefügte Datenschutzerklärung und die von Ihnen zwingend erforderliche Zustimmung, sodass wir Ihre Anfrage bearbeiten können.** Die Unterlagen können Sie uns per Fax (+49 69 696 83677) oder auch per E-Mail (medicaloperation@dlh.de) 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 Flugbegleiter*innen nicht gestattet ist, spezielle Hilfestellungen (z.B. medizinische Pflegeleistungen, Heben von Passagieren etc.) oder Assistenz bei den Mahlzeiten zu leisten, die über das Öffnen von Verpackungen bzw. Zerteilen der Nahrung in mundgerechte Stücke hinausgeht, 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 dem kompletten Ausschalten des Rollstuhls bereit.

Mögliche Gebühren, die sich aus Ihren Angaben oder Einschränkungen ergeben und für spezielle Transportleistungen oder Geräte (z.B. Sauerstoff on-demand System, Wenoll-System) erhoben werden, gehen voll zu Ihren Lasten. Sollte medizinisches Begleitpersonal für Ihre Reise notwendig sein, dürfen diese nicht mit Ihnen verwandt sein.

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

Wir wünschen Ihnen eine gute Reise!

Ihr

Medical Operation Center



Betreuungsformular für Gäste mit Unterstützungsbedarf

In Anlehnung an das IATA Medical Manual, 11. Auflage, Appendix „E“, Version Juni 2018

1.	Name, Vorname:		Titel	Alter	Geschlecht
	Telefon:		Größe	Gewicht	
	E-Mail:				
2.	Buchungscode (PNR):				
3.	Reiseweg von	Nach	Flugnummer	Klasse	Datum
4.	Art der Einschränkung bzw. des Unterstützungsbedarfs:				
5.	Ist der Gast in der Lage aufrecht auf einem normalen Fluggastsitz zu sitzen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6.	Liegendtransport notwendig?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Stretcher	Fluggast muss auf einer Krankentrage befördert werden. Eine medizinisch qualifizierte Begleitung ist notwendig (Krankenpfleger*in, Rettungspersonal oder Arzt/Ärztin).			
	Bitte bei Liegendtransporten unbedingt die Kontaktdaten des Ambulanzunternehmens angeben (siehe 9.)!				
7.	Kann der Gast alleine reisen und alle notwendigen Aktivitäten an Bord selbst ausführen?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	Ist eine Begleitung für die Reise erforderlich?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	Vorgesehene Begleitung (Name):		PNR (falls abweichend)		
	Medizinische Qualifikation		<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Krankenpfleger*in /Rettungspersonal	<input type="checkbox"/> keine
8.	Rollstuhl oder Hilfe beim Ein-/Aussteigen 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 das Vorfeld. Braucht keine Hilfe in einem Vorfeldbus, auf einer Flugzeugtreppe und in der Kabine zum Sitz, zu den Toilette 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"/> WCH OWN (eigener Rollstuhl)	<input type="checkbox"/> WCH BW (Nassbatterie)	<input type="checkbox"/> WCH BD (Trockenbatterie)	<input type="checkbox"/> WCH LB (Li-Batterie)	<input type="checkbox"/> WCMP (manuell)
	Batterieleistung (Wh):		Gewicht:		<input type="checkbox"/> faltbar
9.	Ambulanztransport zum/vom Flughafen notwendig? (Organisation durch Fluggast/Assistance/Versicherung)		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	Abflug	Name des Unternehmens:			
		Kontakt (Telefon/E-Mail):			
	Ankunft	Name des Unternehmens:			
	Kontakt (Telefon/E-Mail):				
10.	Betreuung im Flughafenbereich erforderlich?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Bitte erläutern:					
11.	Weitere Unterstützung am Flughafen notwendig?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Bitte erläutern:					
12.	Spezielle Unterstützung/Geräte während des Fluges notwendig?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	Bitte erläutern (z.B. Extrasitz, Gerätetyp, etc.):				
	Technische Freigabe durch Fluggesellschaft erteilt?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
13.	Frequent Medical Traveller Card (FREMEC) vorhanden?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
	Gültig bis:		Ausgestellt durch:		
	Neuausstellung FREMEC gewünscht?		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein



Angaben des Arztes/Ärztin zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF, Teil 1

In Anlehnung an das IATA Medical Manual, 11. Auflage, Appendix „E“, Version Juni 2018

1.	Name, Vorname:			
	Geburtsdatum:	Geschlecht:	Größe:	Gewicht:
2.	Betreuender Arzt/Ärztin (Name, Ort): Telefon (inkl. Landes- und Ortsvorwahl): E-Mail:			
3.	Hauptdiagnose:		Diagnosedatum:	
4.	Erkrankungsverlauf, gegenwärtige Beschwerden und Leistungseinschränkungen:			
5.	Aktuelle Medikation:			
6.	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	
7.	Ist der Patient*in in diesem Zustand jemals mit einer kommerziellen Airline geflogen? Wenn ja, Datum:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kam es hierbei zu Problemen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche: Die Reise erfolgte		<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> in Begleitung
8.	Hat sich der Allgemeinzustand kürzlich verschlechtert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.	Ist Gehen ohne Unterstützung möglich?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.	Kann der Patient*in ohne Symptome 50m gehen oder 10-12 Stufen steigen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.	Keimstatus/Infektionskrankheiten			
	a. Besteht Isolationspflicht in medizinischen Einrichtungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	b. Muss begleitendes medizinisches Fachpersonal persönliche Schutzausrüstung (z.B. Mundschutz, Kittel, etc.) tragen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	c. Ist eine Besiedlung mit multiresistenten Keimen oder eine akute Infektionserkrankung bekannt? Wenn ja, Keim:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	Ist aktuell eine BGA durchgeführt worden? Sättigung bekannt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, Datum:			
	Raumluft	Sättigung: %	pO ₂ : (mmHg/kPa)	pCO ₂ : (mmHg/kPa)
	O ₂ l/min	Sättigung: %	pO ₂ : (mmHg/kPa)	pCO ₂ : (mmHg/kPa)
13.	Ergänzende medizinische Informationen:			
	a. Anämie Wenn ja, Hb: g/dl, Datum:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	b. Psychische/psychiatrische Erkrankung		<input type="checkbox"/> ja (siehe Teil 2)	<input type="checkbox"/> nein
	c. Herzerkrankung		<input type="checkbox"/> ja (siehe Teil 2)	<input type="checkbox"/> nein
	d. Lungenerkrankung		<input type="checkbox"/> ja (siehe Teil 2)	<input type="checkbox"/> nein
	e. Benötigt der Patient*in Heimsauerstoff? Wenn ja, l/min		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	f. Benötigt der Patient*in Sauerstoff im Flugzeug? Wenn ja, l/min		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> O ₂ on-demand System (Wenoll-System) gewünscht		<input type="checkbox"/> POC vorhanden Modell:	
	<input type="checkbox"/> O ₂ -Flasche vorhanden (max. 5kg, 200bar, nicht erlaubt auf Flügen von/in die USA, Kanada und Mexiko!) Volumen/Druck:			
	g. Anfallsleiden		<input type="checkbox"/> ja (siehe Teil 2)	<input type="checkbox"/> nein
	h. Miktion gestört (inkontinent) Wenn ja, Versorgung mit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	i. Defäkation gestört (inkontinent) Wenn ja, Versorgung mit:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Angaben des Arztes/Ärztin zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF, Teil 2

In Anlehnung an das IATA Medical Manual, 11. Auflage, Appendix „E“, Version Juni 2018

14.	Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Belastungs-EKG erfolgt? Wenn ja, Watt/MET: _____, Datum: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Echokardiographie erfolgt? Wenn ja, EF: _____ %, Datum: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Funktionale Einschränkungen/Beschwerden (Angina, Dyspnoe)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (NYHA 1)
	<input type="checkbox"/> bei schwerer Belastung (NYHA 2)	<input type="checkbox"/> bei leichter Belastung (NYHA 3)	<input type="checkbox"/> in Ruhe (NYHA 4)
	a. Angina Wenn ja, Datum: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ist der Zustand stabil?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	b. Myokardinfarkt Wenn ja, Datum: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Komplikationen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	PTCA/PCI oder koronare Bypasschirurgie erfolgt? Wenn ja, Datum: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	c. Herzinsuffizienz Wenn ja, letzte Dekompensation am: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ist der Patient unter Medikation stabil?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	d. Synkope Wenn ja, Datum: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Abklärung erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.	Chronische Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	a. Dyspnoe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> bei schwerer Belastung	<input type="checkbox"/> bei leichter Belastung	<input type="checkbox"/> in Ruhe
	b. Besteht eine CO ₂ Retention oder Hyperkapnie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16.	Psychische/psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	a. Besteht die Möglichkeit einer Agitation des Patienten*in während des Fluges?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.	Krampfanfall/Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	a. Art des Krampfanfalls		
	b. Häufigkeit der Krampfanfälle		
	c. Wann war das letzte Ereignis?		
	d. Medikamentöse Anfallsprophylaxe? Wenn ja, Medikation: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18.	Weitere Anmerkungen:		
19.	Prognose für die Reise:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
20.	Unterschrift und Stempel des Arztes/Ärztin:	Datum: _____	



Datenschutzerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Das Medical Operation Center (FRA PM/C) der Deutschen Lufthansa AG 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 Lufthansa 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.

Bitte beachten Sie, dass Ihre medizinischen Daten 10 Jahre aufbewahrt werden.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auch auf unserer Internet Seite: www.lufthansa.com/de/de/informationen-zum-datenschutz

Datenschutzbeauftragter:	Konzerndatenschutzbeauftragte der Lufthansa Group Deutsche Lufthansa AG E-Mail: datenschutz@dlh.de
--------------------------	--

Ich bin mit der Verarbeitung, Nutzung und Weitergabe meiner personenbezogenen und medizinischen Daten zum oben genannten Zweck einverstanden.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Im Falle des Widerrufs wird das Medical Operation Center meine personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten. Der Widerruf ist formlos und kann postalisch oder per Email an das Medical Operation Center (E-Mail: medicaloperation@dlh.de) 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.

(*) Aufsichtsbehörde: Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring1, 65189 Wiesbaden – Email: poststelle@datenschutz.hessen.de

ich stimme der o. g. Datenverarbeitung zu.