

Lieber Fluggast,

wir freuen uns sehr, dass Sie Discover Airlines für Ihren Flug ausgewählt haben. Bitte füllen Sie die folgenden Seiten gemeinsam mit Ihrer betreuenden Ärztin/Ihrem betreuenden Arzt aus, gern 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.discover-airlines@lufthansa-group.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 Cabin Managern nicht gestattet ist, spezielle Hilfestellungen (z. B. medizinische Pflegeleistungen, Heben von Fluggästen) 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 Fluggäste beeinträchtigt werden kann. Überdies sind die Cabin Manager 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.

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, darf dieses nicht mit Ihnen verwandt sein.

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

Bis bald

Ihr Discover Airlines Team

Betreuungsformular für Gäste mit Unterstützungsbedarf – Teil 1

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

1	Name, Vorname		Titel	Alter	Geschlecht
	Telefon	E-Mail		Größe	Gewicht
2	Buchungscode (PNR)				
3	Reiseweg von	Reiseweg nach	Klasse	Flugnummer	Datum
4	Art der Einschränkung bzw. des Unterstützungsbedarfs				
5	Ist der Gast in der Lage, aufrecht auf einem normalen Fluggastsitz zu sitzen?			Ja	Nein
6	Liegendtransport notwendig?			Ja	Nein
	Fluggast muss auf einer Krankentrage befördert werden. Eine medizinisch qualifizierte Begleitung ist notwendig (Krankenpflegerin/Krankenpfleger, Rettungspersonal oder Ärztin/Arzt). Bitte bei Liegendtransporten unbedingt die Kontaktdaten des Ambulanzunternehmens angeben (s. Abschnitt 9).				
7	Kann der Gast allein reisen und alle notwendigen Aktivitäten an Bord selbst ausführen?			Ja	Nein
	Ist eine Begleitung für die Reise erforderlich?			Ja	Nein
	Vorgesehene Begleitung (Name, Vorname)		PNR (falls abweichend)		
	Medizinische Qualifikation	Ärztin/Arzt	Krankenpflegerin/Krankenpfleger, Rettungspersonal	Keine	
8	Rollstuhl oder Hilfe beim Ein-/Aussteigen erforderlich?			Ja	Nein
	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 Toiletten oder bei den Mahlzeiten.			
	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, zu den Toiletten, bei den Mahlzeiten).			
	WCHC	Gehunfähig: braucht auch in der Kabine Hilfe zum/vom Sitz, zu den Toiletten und evtl. bei den Mahlzeiten.			
	WCH OWN (eigener Rollstuhl)	WCH BW (Nassbatterie)	WCH BD (Trockenbatterie)	WCH LB (Li-Batterie)	WCMP (manuell)
	Batterieleistung (Wh)		Gewicht	Maße (B/H/T in cm)	

Betreuungsformular für Gäste mit Unterstützungsbedarf – Teil 2

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

9	Ambulanztransport zum/vom Flughafen notwendig? (Organisation durch Fluggast/Assistance/Versicherung)		Ja	Nein
	Abflug			
	Name des Unternehmens			
	Telefon	E-Mail		
10	Betreuung im Flughafenbereich erforderlich?		Ja	Nein
	Bitte erläutern			
11	Weitere Unterstützung am Flughafen notwendig?		Ja	Nein
	Bitte erläutern			
12	Spezielle Unterstützung/Geräte während des Fluges notwendig?		Ja	Nein
	Bitte erläutern (z. B. Extrasitz, Gerätetyp)			
13	Technische Freigabe durch Fluggesellschaft erteilt?		Ja	Nein
13	Frequent Medical Traveller Card (FREMEC) vorhanden?		Ja	Nein
	Gültig bis	Ausgestellt durch		
13	Neuausstellung FREMEC gewünscht?		Ja	Nein

Ärztliche Angaben 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	Betreuende Ärztin/betreuender Arzt (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%ige bis 30%ige Reduktion des Sauerstoffpartialdrucks (relative Hypoxie) die Gesundheit des Fluggastes beeinträchtigen? (Kabinendruck entspricht einem raschen Aufstieg auf 2.400 Meter [8.000 Feet] über dem Meeresspiegel)			Ja Nein Unklar
7	Ist die Patientin/der Patient in diesem Zustand jemals mit einer kommerziellen Airline geflogen?		Ja Nein	Wenn ja, wann? (Datum)
	Kam es hierbei zu Problemen?			Ja Nein
	Wenn ja, zu welchen?			
	Die Reise erfolgte		Allein	In Begleitung
8	Hat sich der Allgemeinzustand kürzlich verschlechtert?			Ja Nein
9	Ist Gehen ohne Unterstützung möglich?			Ja Nein
10	Kann die Patientin/der Patient ohne Symptome 50 Meter gehen oder 10 bis 12 Stufen steigen?			Ja Nein

Ärztliche Angaben zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF, Teil 2

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

11	Keimstatus/Infektionskrankheiten					
	a. Besteht Isolationspflicht in medizinischen Einrichtungen?	Ja	Nein			
	b. Muss begleitendes medizinisches Fachpersonal persönliche Schutzausrüstung (z. B. Mundschutz, Kittel) tragen?	Ja	Nein			
	c. Ist eine Besiedlung mit multiresistenten Keimen oder eine akute Infektionserkrankung bekannt?	Ja	Nein			
	Wenn ja, welchen/welche					
12	Ist aktuell eine BGA durchgeführt worden? Sättigung bekannt?		Ja	Nein	Wenn ja, wann? (Datum)	
	Raumluft O ₂ in l/min	Sättigung in %	pO ₂ in mmHg/kPa	pCO ₂ in mmHg/kPa		
13	Ergänzende medizinische Informationen					
	a. Anämie	Ja	Nein	Wenn ja, Hb in g/dl	Datum	
	b. Psychische/psychiatrische Erkrankung				Ja (s. Teil 4)	Nein
	c. Herzerkrankung				Ja (s. Teil 3)	Nein
	d. Lungenerkrankung				Ja (s. Teil 4)	Nein
	e. Benötigt die Patientin/der Patient Heimsauerstoff?	Ja	Nein	Wenn ja (in l/min)		
	f. Benötigt die Patientin/der Patient Sauerstoff im Flugzeug?	Ja	Nein	Wenn ja (in l/min)		
	O ₂ -on-Demand-System (Wenoll-System) gewünscht	POC vorhanden		O ₂ -Flasche vorhanden (max. 5 kg, 200 bar, nicht erlaubt auf Flügen von/in die USA, nach Kanada und Mexiko)		
		Modell		Volumen/Druck		
	g. Anfallsleiden				Ja (s. Teil 4)	Nein
h. Miktion gestört (inkontinent)	Ja	Nein	Wenn ja, Versorgung mit			
i. Defäkation gestört (inkontinent)	Ja	Nein	Wenn ja, Versorgung mit			

Ärztliche Angaben zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF, Teil 3

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

14	Herz-Kreislauf-Erkrankungen			Ja	Nein
	Belastungs-EKG erfolgt?	Ja	Nein	Wenn ja, Watt/MET	Datum
	Echokardiografie erfolgt?	Ja	Nein	Wenn ja, EF in %	Datum
	Funktionale Einschränkungen/Beschwerden (Angina, Dyspnoe)?			Ja	Nein (NYHA 1)
	Bei schwerer Belastung (NYHA 2)	Bei leichter Belastung (NYHA 3)	In Ruhe (NYHA 4)		
	a. Angina	Ja	Nein	Wenn ja, wann? (Datum)	
	Ist der Zustand stabil?			Ja	Nein
	b. Myokardinfarkt	Ja	Nein	Wenn ja, wann? (Datum)	
	Komplikationen?			Ja	Nein
	Wenn ja, welche?				
	PTCA/PCI oder koronare Bypasschirurgie erfolgt?	Ja	Nein	Wenn ja, wann? (Datum)	
	c. Herzinsuffizienz	Ja	Nein	Wenn ja, letzte Dekompensation am	
	Ist die Patientin/der Patient unter Medikation stabil?			Ja	Nein
	d. Synkope	Ja	Nein	Wenn ja, wann? (Datum)	
Abklärung erfolgt?			Ja	Nein	

Ärztliche Angaben zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF, Teil 4

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

15	Chronische Lungenerkrankung			Ja	Nein
	a. Dyspnoe			Ja	Nein
	Bei schwerer Belastung	Bei leichter Belastung	In Ruhe		
	b. Besteht eine CO ₂ -Retention oder Hyperkapnie?			Ja	Nein
16	Psychische/psychiatrische Erkrankungen			Ja	Nein
	Besteht die Möglichkeit einer Agitation der Patientin/des Patienten während des Fluges?			Ja	Nein
17	Krampfanfall/Epilepsie			Ja	Nein
	a. Art des Krampfanfalls				
	b. Häufigkeit der Krampfanfälle				
	c. Wann war das letzte Ereignis?				
	d. Medikamentöse Anfallsprophylaxe?		Ja	Nein	Wenn ja, Medikation?
18	Weitere Anmerkungen				
19	Prognose für die Reise			Gut	Eingeschränkt
20	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes			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 Unterstützungsbedarfs. 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, Flughafenmitarbeiterinnen/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 unter
lufthansa.com/de/de/informationen-zum-datenschutz

Datenschutzbeauftragte/Datenschutzbeauftragter Konzerndatenschutzbeauftragte der Lufthansa Group Deutsche Lufthansa AG datenschutz@dlh.de

Ich bin mit der Verarbeitung, Nutzung und Weitergabe meiner personenbezogenen und medizinischen Daten zum o. g. 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 E-Mail an das Medical Operation Center (medicaloperation.discover-airlines@lufthansa-group.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.

* Aufsichtsbehörde: Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit,
Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de

Ich stimme der o. g. Datenverarbeitung zu.