

FLIEGEN MIT EINEM ORTHOPÄDISCHEN MOBILITÄTSUNTERSTÜTZENDEN HILFSMITTEL

FLY WITH AN ORTHOPEDIC MOBILITY AID

Mit diesem Formular werden die sachlichen Informationen über das orthopädische mobilitätsunterstützende Hilfsmittel des genannten Patienten zur Verfügung gestellt.

This declaration form provides information on the type of Orthopedic mobility aid prescribed.

Datum | Date

Name des Patienten | Patient name

Krankenhaus/Arzt Stempel | Hospital/surgeon stamp

Medizinische Diagnose | Medical diagnosis

Datum | Date

Verletzung/OP | Injury/surgery

Art des orthopädischen mobilitätsunterstützenden Hilfsmittels Type of orthopedic mobility aid

Schiene oder abnehmbarer Gipsverband
Removable cast

Kreisgips (gespalten)
Circular cast (split)

Kreisgips (rundum geschlossen)
Circular cast (not split)

Voll-/Teils belastbar
Full/partial weight bearing

Nicht belastbar
Non-weight bearing

Air Shoe
Walker

Krücken
Crutches

Fixateur

Orthese
Brace-Orthosis

Bei Start, Landung und kritischen Flugphasen müssen Gäste mit einem orthopädischen mobilitätsunterstützenden Hilfsmittel aufrecht und mit angewinkelten Beinen (90°) sitzen können.

Passengers with an orthopedic mobility aid need to sit upright and knees bent (90°) during take-off, landing and critical flight operations.

Name des Fluggastes | Name of the Passenger

Buchungscode | Booking code

Hinflug | Outbound flight

Rückflug | Return flight

Datum | Date

Flugnummer | Flight number

Datum | Date

Flugnummer | Flight number

Unterschrift des Fluggastes | Signature of the Passenger