

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 Fluggastes/Patienten | Name of Passenger/Patient

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 | ☐ Fixateur | ☐ Krücken
Crutches |
| ☐ Kreislager (gespalten)
Circular cast (split) | ☐ Orthese
Brace-Orthosis | ☐ Gehstock
Cane |
| ☐ Kreislager (rundum geschlossen)
Circular cast (not split) | ☐ Air Shoe
Walker | |
| Besteht eine Belastungseinschränkung?
Is there a weight-bearing restriction? | ☐ Nicht belastbar
Non-weight bearing | ☐ Voll-/Teils belastbar
Full/partial weight bearing |
| Liegt eine Links- oder Rechtsversorgung vor?
What is the laterality of the device? | ☐ Rechts
Right | ☐ Bilateral ☐ Links
Left |

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.

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