

ÄRZTLICHES REISEATTEST

Flugtauglichkeit · Visum · Internationale Reise

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____

Praxis / Klinik: _____ Ort: _____

BESCHEINIGT DIE MEDIZINISCHE REISE- UND FLUGTAUGLICHKEIT

Versicherte Person / Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Reisepass-Nr.: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Alter: _____

FLUG- UND REISETAUGLICH / FIT TO FLY

Es bestehen keine medizinischen Kontraindikationen gegen eine Flugreise; es liegen keine aktiven ansteckenden Erkrankungen vor.

Reiseziel: _____ Reisedatum: _____

AKTIVE DIAGNOSE(N) / GESUNDHEITZUSTAND:

BESONDERE REISEBEDINGUNGEN / MEDIZINISCHE HILFSMITTEL:

☐ Keine ☐ Sauerstoff an Bord ☐ Rollstuhl ☐ Spezialmedikation ☐ Medizinische Begleitung ☐ Trage

BEMERKUNGEN:

Ausgestellt in: _____ Datum: _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes