

ÄRZTLICHES REISEATTEST / MEDICAL CERTIFICATE FOR TRAVEL

Flugtauglichkeit · Visum · Internationale Reise / Fit to Fly · Visa · International Travel

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____
Praxis / Klinik: _____ Ort: _____

BESCHEINIGT DIE MEDIZINISCHE REISE- UND FLUGTAUGLICHKEIT / CERTIFIES MEDICAL FITNESS FOR TRAVEL

Versicherte Person / Patient: / Patient _____ Geburtsdatum: / DOB _____

Reisepass-Nr.: / Passport _____ Staatsangehörigkeit: / Nationality _____ Alter: / Age _____

FLUG- UND REISETAUGLICH / FIT TO FLY

Es bestehen keine medizinischen Kontraindikationen gegen eine Flugreise; es liegen keine aktiven ansteckenden Erkrankungen vor.
The patient presents no medical contraindication to fly and has no active infectious or communicable disease.

Reiseziel: / Destination _____ Reisedatum: / Flight date _____

AKTIVE DIAGNOSE(N) / GESUNDHEITZUSTAND: / DIAGNOSIS

BESONDERE REISEBEDINGUNGEN / MEDIZINISCHE HILFSMITTEL: / SPECIAL ASSISTANCE

☐ Keine/None ☐ Sauerstoff an Bord/Oxygen on board ☐ Rollstuhl/Wheelchair ☐ Spezialmedikation/Special medication ☐ Medizinische Begleitung/Medical escort
☐ Medizinische Begleitung/Medical escort ☐ Trage/Stretcher

BEMERKUNGEN: / REMARKS

Ausgestellt in: / Issued in _____ Datum: / Date _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes