



LANGSAMREISEN

die Gegenwart entdecken

GESUNDHEITSZEUGNIS FÜR FRACHTSCHIFFPASSAGIERE

Dieses Zeugnis wird von allen Passagieren angefordert. Dieses Formular ist (nicht früher als 30 Tage vor dem Abreisetermin) von einem Arzt auszufüllen und zu unterzeichnen.

Bitte möglichst in Blockschrift schreiben.

_____ (Passagiername / Alter) ist in guter gesundheitlicher Verfassung und daher in der Lage, auf einem Frachtschiff zu reisen, auf dem kein Arzt an Bord ist. Ja _____ Nein _____
Ist der Passagier gebrechlich aufgrund seines Alters oder einer Krankheit? Ja _____ Nein _____

Hat der Passagier in der Vergangenheit folgende gesundheitliche Probleme gehabt?

- | | | <u>Kommentare</u> |
|--|---------------------|-------------------|
| • Schwindel-, Ohnmachtsanfälle oder Perioden von Bewusstlosigkeit? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Nervöse oder geistige Störungen? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Tuberkulose, Brust- oder Lungenleiden? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Störungen des Herzens oder des Kreislaufs? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Taubsein, Schwäche od. Anschwellen von Gliedmaßen? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Diabetes? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Bauch- Zwölffingerdarm- oder Magengeschwüre? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Störungen der Gallenblase oder der Nieren? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Größere Seh- oder Hörschwierigkeiten? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Sind Gehhilfen (Stöcke/Krücken, etc.) notwendig? * | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Künstliche Hüft- oder Kniegelenke? ** | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Leidet der Passagier an Allergien? Welche? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Wurden Spenderorgane transplantiert? Welche? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Ist der Passagier allergisch gegen Medikamente? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Ist der Passagier z.Zt. in medizinischer Behandlung? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Wenn ja, ist der Passagier auf regelmäßige Verabreichung der Medikamente angewiesen? Welche? | Ja _____ Nein _____ | _____ |
| • Befindet sich die Reisende derzeit in einer Schwangerschaft? * | Ja _____ Nein _____ | _____ |

Bemerkungen: _____

Ich bin behandelnder Arzt seit _____ Stempel / Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____

Die folgende Erklärung ist vom Passagier zu unterschreiben:

Ich bestätige hiermit, dass mir bekannt ist, dass das Schiff auf dem ich beabsichtige zu reisen, keinen Schiffsarzt an Bord hat. Das oben aufgeführte Zeugnis ist meiner Kenntnis nach korrekt. Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass ich im Falle einer Krankheit oder Verletzung, das Schiff in jedem beliebigen Hafen verlassen muss, sofern der Kapitän dies anordnet.

Die hierdurch entstehenden Kosten werden in jedem Fall von mir getragen!

Ort / Datum: _____ Unterschrift des Passagiers: _____

* Personen die eine Gehhilfe (z.B. auch Beinprothese/Krücken/Stöcke/Rollstuhl) benötigen oder auf die Hilfe von anderen Personen angewiesen sind, um sich fortzubewegen, können leider nicht für eine Frachtschiffreise akzeptiert werden. Ebenso ist Schwangeren die Mitreise nicht gestattet.

** Es besteht die Möglichkeit, dass die Vibrationen an Bord eines Frachtschiffs bei Personen mit künstlichen Gelenken Beschwerden und Schmerzen verursachen und die Bewegungsfähigkeit einschränken. In ernsten Fällen kann dies dazu führen, dass der Passagier aus Sicherheitsgründen das Schiff während der Reise verlassen muss.