

MS FRAM - REEDEREI HURTIGRUTEN ASA

Allgemeine medizinische Informationen und Fragebogen für Reisen in die Antarktis

(Dieses Formular steht Ihnen auch als Download unter www.hurtigruten.de/Fragebogen zur Verfügung.)

Sehr geehrte Hurtigruten Gäste,

Reisen in die Antarktis sind genehmigungspflichtig und alle Passagiere sind verpflichtet, einen medizinischen Fragebogen auszufüllen und vor der Reise eine Kopie an den Reiseveranstalter zurückzuschicken.

In der Antarktis gibt es kein medizinisches Versorgungsnetz. Obwohl alle Schiffe über eine Krankenstation mit einem qualifizierten Arzt und einer Basisausstattung an Medikamenten und medizinischem Gerät verfügen, ist es notwendig, den beiliegenden Fragebogen zu Ihrer eigenen Sicherheit auszufüllen. Dieser Fragebogen wird selbstverständlich streng vertraulich behandelt und dem zuständigen Schiffsarzt vorgelegt, damit er einen detaillierten Einblick in Ihre physische Verfassung hat und im Notfall besser vorbereitet ist.

Der beiliegende Fragebogen ist in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil bestätigen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, im zweiten Teil werden medizinische Details abgefragt und im letzten Teil benötigen wir eine Beurteilung Ihres Hausarztes zu Ihrem Gesundheitszustand. **Dieses ärztliche Attest darf frühestens 3 Monate vor Reisebeginn von Ihrem Arzt ausgestellt werden!** Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir bitten Sie und Ihren Hausarzt, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen.

- ▶ **Bitte schicken Sie eine KOPIE des Fragebogens bis spätestens 8 Wochen vor Reisebeginn an uns zurück.**
- ▶ **Den ORIGINALFRAGEBOGEN müssen Sie mit auf die Reise nehmen und bei der Einschiffung an Bord abgeben.**

Hurtigruten GmbH im Namen der Reederei Hurtigruten ASA, Narvik/Tromsø

- Stand Mai 2010

Allgemeine Versicherungsinformationen

Für diese Reise in die Antarktis sollten Sie in guter körperlicher Verfassung sein. Falls Sie unter schweren gesundheitlichen Problemen, Herzproblemen oder körperlichen Behinderungen leiden, die Ihre Selbstständigkeit stark einschränken, raten wir, an der Reise nicht teilzunehmen. Die Reise kann ein nicht vertretbares Risiko für Ihre Gesundheit mit sich bringen und darüber hinaus die Urlaubsfreude der anderen Reisenden beeinträchtigen. Sollte ein solcher eingeschränkter Gesundheitszustand während der Anreise oder der Reise offenkundig werden, behält sich die Reederei das Recht vor, einem Passagier die Weiterreise jederzeit zu verweigern.

Bitte denken Sie daran, alle für Sie lebenswichtigen bzw. regelmäßig einzunehmenden Medikamente selbst in ausreichender Menge mitzubringen, da diese nicht unbedingt an Bord verfügbar sind. Rückführungskosten im Krankheitsfall aus der Antarktis können erfahrungsgemäß extrem hoch sein. Der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung inkl. Krankenrücktransport ist dringend erforderlich.

Hurtigruten ASA haftet nicht für eventuelle Verluste, Aufwandsentschädigungen und Schadensersatzansprüche die aus Stornierung der Reise durch Unfall, Erkrankung oder medizinisch notwendigen Rücktransport beruhen und durch eine durch den Reiseteilnehmer abzuschließende zusätzliche Auslandsreisekrankenversicherung abgedeckt werden.

Vor- und Nachname:

Vorgangsnummer:

Reisetermin:

Name des Kunden:
(name)

Reisedatum: **Kabinen-Nr.:** **Vorgangsnr.:**
(travel date) (cabin no.) (reservation no.)

I. Gesundheitszustand/Gesundheitsbestätigung

Ich bestätige, dass ich mich in einem guten, allgemeinen Gesundheitszustand befinde und in der Lage bin, an den normalen Aktivitäten dieser Seereise teilzunehmen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich mich auf einer Expeditions-Seereise befinde, die weit entfernt von jeglichen medizinischen Einrichtungen ist und das jeder Passagier in der Lage sein muss, sich selbst zu versorgen. Auch ist mir bewusst, dass ein medizinischer Rücktransport möglicherweise nicht verfügbar, sehr teuer oder verspätet sein kann. Mir ist bekannt, dass sich die medizinische Versorgung an Bord auf die Grundversorgung beschränkt.

Ich bestätige, dass ich mich in letzter Zeit weder einer ärztlichen Behandlung unterziehen musste, noch bin ich mir einer Erkrankung oder Behinderung bewusst, die ein unzumutbares Risiko für mich bedeuten könnte oder andere Expeditionsteilnehmer einer Gefahr aussetzen würde.

Ort/Datum: **Unterschrift:**
(city/date) (signature)

II. Medizinische Informationen

Name des Kunden:.....
(name)

Geburtsdatum:
(date of birth)

Größe:.....Gewicht:.....
(height) (weight)

Einschätzung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes: (evaluate your general health)
() mittelmäßig (fair) () gut (good) () ausgezeichnet (excellent)

Einschätzung Ihrer physischen Kondition und Ausdauer: (evaluate your physical conditions/stamina)
() mittelmäßig (fair) () gut (good) () ausgezeichnet (excellent)

Haben Sie eine Auslandsreisekrankenversicherung mit Krankenrücktransport abgeschlossen?
(Have you taken out medical insurance?)
() ja (yes) () nein (no)

Name der Versicherung.....
(name of company)

Notfall-Telefonnummer der Versicherung.....
(company's emergency number)

Versicherungsscheinnummer.....
(policy number)

Vor- und Nachname:

Vorgangsnummer:

Reisetermin:

Sind Sie Diabetiker? (Are you diabetic?)

() ja (yes) () nein (no)

Nehmen Sie Insulin? (Are you on insulin?)

() ja (yes) () nein (no)

Insulin-Typ (type of insulin):..... Dosierung (Dose):.....

Jahr der Diagnose (year of diagnosis):.....

Sind Sie schwanger? (Are you pregnant?)

() ja (yes)

() nein (no)

In welchem Monat? (If checked how many months?):

Haben Sie irgendwelche Erkrankungen oder Gebrechen, die eine regelmäßige Betreuung durch einen Arzt erforderlich machen? (Do you have any medical illness, disabilities or infirmities that require the regular care of a doctor?)

.....
.....
.....
.....

Bitte führen Sie alle Medikamente und die entsprechende Dosierung auf, die Sie im Moment einnehmen! (List all medications that you are taking at this time and the dosages.)

.....
.....
.....
.....

Sind Sie in den letzten 5 Jahren stationär behandelt oder operiert worden? Wenn ja, wann und aus welchem Grund? (Have you been hospitalized or had surgery in the last five years? If so, when and why?)

.....
.....
.....
.....

Haben Sie irgendwelche Herzprobleme? Bitte nennen Sie das Diagnosejahr und beschreiben Sie Ihren Zustand. (Do you have any heart problems? Year of diagnosis? Describe your condition. Please elaborate.)

.....
.....
.....
.....

Vor- und Nachname:

Vorgangsnummer:

Reisetermin:

Haben Sie irgendwelche Atmungsbeschwerden? Bitte nennen Sie das Diagnosejahr und beschreiben Sie Ihren Zustand. Nehmen Sie eine regelmäßige Sauerstoffbehandlung in Anspruch? (Do you have any respiratory problems? Year of diagnosis? Describe your condition. Do you require oxygen therapy on a regular basis?)

.....
.....
.....
.....

Müssen Sie eine bestimmte Diät einhalten? Haben Sie Lebensmittel- oder Medikamentenallergien? Wenn ja, welche? (Do you have any dietary restrictions, food or drug allergies? If so, what are they?)

.....
.....
.....
.....

Haben Sie körperliche oder geistige Einschränkungen? Tragen Sie eine Prothese (z.B. Beinprothese)? Haben Sie irgendwelche Probleme beim Gehen oder benutzen Sie Krücken, einen Gehstock oder einen Rollstuhl, die sie daran hindern können, ein sog. „Polar-Circle-Boot“ (motorisiertes Schlauboot) zu besteigen? (Do you have any physical or mental limitations, handicaps or an artificial limb? Do you have any difficulty in walking or use crutches, a cane or a wheelchair. Do you have any mobility issue that would prevent you from climbing in and out of a Rubber inflatable boat or a rigid hull landing craft?).

.....
.....
.....
.....

Bitte geben Sie uns eine Kontaktperson mit Telefonnummer / Adresse und Beziehung / Verwandtschaftsgrad zu Ihnen an, die wir im Notfall verständigen können! (Name, address, phone number and relationship of contact person to be used in case of emergency.)

.....
.....
.....
.....

Ort/Datum:..... **Unterschrift:**.....
(City/Date) (Signature)

Vor- und Nachname:

Vorgangsnummer:

Reisetermin:

III. Ärztliches Attest

Für die Reise benötigen wir eine ärztliche Beurteilung zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte geben Sie diesen Fragebogen mit dem Reiseverlauf an Ihren Hausarzt weiter.

Sehr geehrter Hausarzt,

Ihr Patient plant eine Expeditions-Seereise in die Antarktis, wo es kein medizinisches Versorgungsnetz gibt. Das Schiff verfügt über eine Krankenstation mit einem qualifizierten Arzt und einer Basisausstattung an Medikamenten. Obwohl die Reise nicht anstrengend ist, muss jeder Passagier, der an Ausflügen und Landgängen teilnimmt, in der Lage sein, eine steile Gangway zu begehen, in motorisierte Schlauchboote ein- und auszusteigen sowie auf rutschigem und unebenem Gelände eine kurze Strecke zu Fuß zurückzulegen. Wir möchten uns versichern, dass jeder unserer Passagiere in einer guten körperlichen Verfassung für die Reise ist und der Schiffsarzt über eventuelle Gesundheitsprobleme informiert ist. Bitte beantworten Sie dafür die folgenden Fragen zu Ihrem Patienten:

Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand Ihres Patienten? (His/Her overall physical condition.)

.....
.....
.....

Wie schätzen Sie die Fähigkeit Ihres Patienten ein, an dieser Reise und den geplanten Landausflügen und Anlandungen teilzunehmen? (His/Her ability to participate in this expeditions and excursions.)

.....
.....
.....

Bitte führen Sie alle medizinischen Punkte auf, über die unser Schiffsarzt informiert sein sollte. (Please elaborate on any medical conditions that you feel our ships physician should be aware of.)

.....
.....
.....

Würden Sie zusammenfassend sagen, dass der Patient zum Zeitpunkt der Untersuchung reisefähig ist?*

JA NEIN

*Diese Einschätzung bezieht vorherige Erkrankungen ein sowie den momentanen Gesundheitszustand des Patienten. Eine Einschätzung über etwaige Erkrankungen zu einem späteren Zeitpunkt kann selbstverständlich nicht gegeben werden.

Wir bedanken uns vielmals für Ihre Hilfe. (Thank you very much for your cooperation.)

Name des Kunden (name):

Geburtsdatum (date of birth):

Größe (Height): **Gewicht** (weight):

Name des Arztes (doctor's name):

Datum (date): **Telefon/Fax** (phone/fax):

Stadt (city): **Land** (country):

Unterschrift/Stempel des Arztes (doctor's signature):