

ERFORDERLICHE GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Allgemeine Informationen zu Versicherungen

Medizinische Evakuierungen sind, falls überhaupt verfügbar, sehr kostspielig. Daher ist es unerlässlich, einen Reiseschutzbrief/eine Reisekrankenversicherung abzuschließen, die diese Kosten abdecken.

Falls Sie einen Reiseschutzbrief/eine Reiseversicherung abgeschlossen haben, bei welcher Versicherung erfolgte dies?

NAME DES ANBIETERS:	
NOTFALLNUMMER DES ANBIETERS:	
POLICENNUMMER:	

Ich erwerbe keinen Reiseschutzbrief/keine Reiseversicherung und erhebe keinerlei Ansprüche an Hurtigruten AS auf zusätzliche Kosten/Verluste durch meine Stornierung dieser Reise, Unfall, Krankheit, medizinische Evakuierung, Verlust oder Beschädigung des Gepäcks oder andere Fälle, die durch eine solche Versicherung abgedeckt wären.

DATUM:

UNTERSCHRIFT:

Part I/Teil I: Health Declaration/Gesundheitszeugnis

This part of the form must be completed in English or using international medical terms. Please do not abbreviate any words. Dieser Abschnitt des Formulars muss in englischer Sprache oder unter Verwendung international gültiger medizinischer Begriffe ausgefüllt werden. Bitte verwenden Sie keine Abkürzungen.

I attest that I am in good general health, and capable of performing normal activities on this expedition. I further attest that I am capable of caring for myself during the expedition, and that I will not impede the progress of the expedition or the enjoyment of others aboard. I understand that this expedition will take me far from the nearest medical facility and that all travelers must be self-sufficient. With that understanding, I certify that I have not been recently treated for, nor am I aware of, any physical or other condition or disability that would create a hazard to myself or other members of the expedition.

Ich versichere, dass ich mich in einem guten gesundheitlichen Zustand befinde und in der Lage bin, normale Aktivitäten auf dieser Expedition durchzuführen. Weiterhin versichere ich, dass ich während der Expedition für mich selbst Sorge tragen kann und den Fortschritt der Expedition oder das Reiseerlebnis der anderen Gäste an Bord nicht beeinträchtigen werden. Ich habe Kenntnis davon, dass diese Expedition an Orte führt, die sich weitab von medizinischen Einrichtungen befinden, und dass alle Reisenden diesbezüglich für sich selbst sorgen müssen. Vor diesem Hintergrund bestätige ich, dass ich nicht kürzlich wegen körperlicher oder anderer Beschwerden oder einer Behinderung behandelt wurde, und mir einer solchen nicht bewusst bin, durch die ich eine Gefahr für mich selbst oder die anderen Teilnehmer der Expedition würde.

EXPEDITION:	
DEPARTURE DATE/ABREISE DATUM:	
NAME:	
DATE/DATUM:	

SIGNATURE/UNTERSCHRIFT:

Part 2: Medical Information/ Teil 2: Medizinische Angaben

DATE OF BIRTH/GEBURTSDATUM (DD/MM/YYYY)	
BLOOD TYPE (IF KNOWN)/ BLUTGRUPPE (FALLS BEKANNT):	
HEIGHT/ KÖRPERGRÖSSE:	
WEIGHT/ KÖRPERGEWICHT:	

EVALUATE YOUR GENERAL HEALTH/ BESCHREIBEN SIE IHREN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND:							
POOR/SCHLECHT	<input type="checkbox"/>	FAIR/EINIGERMASSEN GUT	<input type="checkbox"/>	GOOD/GUT	<input type="checkbox"/>	EXCELLENT/ HERVORRAGEND	<input type="checkbox"/>
EVALUATE YOUR PHYSICAL CONDITION/STAMINA / BESCHREIBEN SIE IHRE KÖRPERLICHE KONDITION/AUSDAUER:							
POOR/SCHLECHT	<input type="checkbox"/>	FAIR/EINIGERMASSEN GUT	<input type="checkbox"/>	GOOD/GUT	<input type="checkbox"/>	EXCELLENT/ HERVORRAGEND	<input type="checkbox"/>

HAVE YOU TAKEN OUT TRAVEL PROTECTION WITH SUFFICIENT COVERAGE FOR MEDICAL REPATRIATION FROM THE DESTINATION IN WHICH YOU ARE TRAVELING? /HABEN SIE EINE KRANKENVERSICHERUNG MIT AUSREICHENDER DECKUNG FÜR EINEN MEDIZINISCH NOTWENDIGEN RÜCKTRANSPORT VOM ZIELORT IHRER REISE ABGESCHLOSSEN?			
YES/JA	<input type="checkbox"/>	NO/NEIN	<input type="checkbox"/>
DO YOU REQUIRE OXYGEN THERAPY ON A REGULAR BASIS/BENÖTIGEN SIE EINE REGELMÄSSIGE SAUERSTOFFTHERAPIE?			
YES/JA	<input type="checkbox"/>	NO/NEIN	<input type="checkbox"/>
IF YOUR ANSWER IS YES, PLEASE DESCRIBE THE CONDITION/BEI JA BITTE DEN GESUNDHEITLICHEN ZUSTAND BESCHREIBEN:			
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

Do you have, or have you had in the past 5 years, any of the conditions listed below? Please check the appropriate box. Treffen auf Sie derzeit folgende Gesundheitskonditionen zu oder haben in den vergangenen 5 Jahren zugetroffen? Neue Gesundheitsprobleme sind unten aufgeführt.

CONDITION/GESUNDHEITSKONDITION	YES/ JA	NO/ NEIN
High blood pressure (Hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart surgery (Herzoperation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes: Type 1 or Type 2 (Diabetes - Typ 1 oder Typ 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies: dust, latex or any other (Allergien - Staub, Latex oder weitere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infectious/ contagious diseases (Infektionskrankheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Severe headaches - migraines (Heftiger Kopfschmerz - Migräne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have a prosthesis or joint replacement? (Haben Sie eine Prothese oder ein Ersatzgelenk?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractures/dislocations (Brüche/Auskugelungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke (Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you currently pregnant? (Sind Sie derzeit schwanger?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumors benign/malign: breast, lungs, intestine or any other (Gutartige/Bösartige Tumore - Brust, Lungen, Darm oder weitere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiac/heart disease: Cardiac valvulopathy, Coronary acute syndrome, Cardiac tamponade or any other (Herzkrankungen - Erkrankung der Herzklappen, akutes Koronarsyndrom, Herztamponade oder weitere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonary conditions: Asthma/bronchitis, COPD-chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary thrombosis (Lungenerkrankungen - Asthma/Bronchitis, COPD - chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Lungenthrombose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood disorder: hemorrhage (excessive bleeding), clots, anemia or any other (Bluterkrankungen - Hämorrhagie (übermäßiges Bluten), Gerinnsel, Anämie oder weitere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digestive disorder: stomach ache, stomach ulcers, heartburn, bleeding, constipation, diarrhea, or any other (Erkrankungen des Verdauungsapparates - Magenschmerzen, Magengeschwüre, Sodbrennen, Magenblutungen, Verstopfung, Durchfall oder weitere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin problem: sores, blisters, skin rash, burns, eruptions, itchiness or any other (Hauterkrankungen - Wunden, Blasen, Hautausschlag, Verbrennungen, Ausschlag, Jucken oder weitere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ear/nose/throat problems: hearing loss, earache, sinusitis, nosebleeds, or any other (Hals-/Nasen-/Ohrenerkrankungen – Schwerhörigkeit, Ohrenschmerzen, Nebenhöhlenentzündung, Nasenbluten oder weitere)		
Restricted mobility/difficulty walking, use crutches, a walking stick or wheelchair (Eingeschränkte Mobilität/Schwierigkeit beim Gehen, Einsatz von Krücken, Gehstock oder Rollstuhl)		
Eye/vision problems: pain, dryness, redness, glaucoma, blurred vision, double vision or any other (Augen-/Sehprobleme – Schmerzen, Trockenheit, Rötungen, Glaukom, Sehtrübung, Diplopie oder weitere)		
Autoimmune disorders: Lupus, Psoriasis, Celiac Disease(sprue) or any other (Autoimmunerkrankungen – Lupus, Schuppenflechte, Zöliakie (Sprue) oder weitere)		
Thyroid problems such as hypothyroidism /hyperthyroidism or any other (Schilddrüsenprobleme – Schilddrüsenunter- oder überfunktion oder weitere)		
Psychiatric disorders such as depression, anxiety or any other (Psychiatrische Erkrankungen – Depression, Angstzustände oder weitere)		
Urinary system: pain, infections, prostatic hyperplasia (in men), kidney stones, renal failure or any other (Harnsystem – Schmerzen, Infektionen, Prostatahyperplasie (bei Männern), Nierensteine, Nierenversagen oder weitere)		
Spinal column and back problems: muscle contracture, herniated disk, sciatic nerve compression, spinal stenosis, scoliosis or any other (Wirbelsäulen- und Rückenprobleme – Muskelkontrakturen, Bandscheibenvorfall, Ischias, Spinalstenose, Skoliose oder weitere)		
Musculoskeletal system: pain in joints, muscle pain, weakness, osteopenia/osteoporosis, swollen ankles/knees or any other (Muskuloskeletalsystem – Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, Schwäche, Osteopenie/Osteoporose, geschwollene Knöchel/Knie oder weitere)		
Neurological disorders such as loss of consciousness, loss of memory/ balance problems (Alzheimer/Parkinson), epilepsy/seizures, dizziness/fainting or any other (Neurologische Erkrankungen – Bewusstseinsverlust, Gedächtnisverlust/Gleichgewichtsprobleme (Alzheimer/ Parkinson), Epilepsie/Krampfanfälle, Schwindel/Bewusstlosigkeit oder weitere)		

**IF YOU ANSWERED YES TO ANY OF THE ABOVE, PLEASE DESCRIBE BELOW/
WENN SIE AUF EINE DER OBEN GENANNTEN FRAGEN MIT JA GEANTWORTET HABEN, BITTE BESCHREIBEN SIE UNTEN:**

.....

.....

**DO YOU HAVE ANY OTHER MEDICAL CONDITIONS NOT MENTIONED ABOVE? PLEASE DESCRIBE BELOW/
TREFFEN ANDERE ERKRANKUNGEN AUF SIE ZU, DIE OBEN NICHT AUFGEFÜHRT SIND? BITTE BESCHREIBEN SIE:**

.....

.....

**DO YOU HAVE ANY MEDICAL ILLNESSES, DISABILITIES OR INFIRMITIES THAT REQUIRE THE REGULAR CARE OF A DOCTOR?/
HABEN SIE KRANKHEITEN, BEHINDERUNGEN ODER GEBRECHEN, DIE REGELMÄSSIGE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG ERFORDERN?**

.....

.....

**LIST ALL MEDICATIONS THAT YOU ARE TAKING AT THIS TIME, THE DOSAGES AND THE CONDITION THAT IS BEING TREATED/
LISTEN SIE ALLE MEDIKAMENTE AUF, DIE SIE AKTUELL EINNEHMEN, MITSAMT DOSIERUNG UND BEHANDELTEM KRANKHEITSBILD:**

MEDICATION/MEDIKAMENT	DOSAGE/DOSIERUNG	WHAT ARE YOU TAKING THIS MEDICATION FOR?/ WARUM NEHMEN SIE DIESES MEDIKAMENT EIN?

HAVE YOU BEEN HOSPITALIZED OR HAD SURGERY IN THE LAST FIVE YEARS? IF YES, WHEN AND WHY?/HATTEN SIE IN DEN VERGANGENEN FÜNF JAHREN EINEN KRANKENHAUSAUFENTHALT ODER EINE OPERATION? WENN JA, WANN UND WARUM?

.....

.....

DO YOU HAVE ANY DRUG ALLERGIES? IF YES, WHAT ARE THEY? / HABEN SIE MEDIKAMENTENALLERGIEN? WENN JA, WELCHE?

.....

.....

**DO YOU HAVE ANY DIETARY RESTRICTIONS OR FOOD ALLERGIES? IF YES, WHAT ARE THEY?/
GELTEN EINSCHRÄNKUNGEN IN DER ERNÄHRUNG FÜR SIE ODER HABEN SIE LEBENSMITTELALLERGIEN? WENN JA, WELCHE?**

.....

.....

**DO YOU HAVE ANY OTHER PHYSICAL OR MENTAL LIMITATIONS, OR HANDICAPS NOT MENTIONED ABOVE?/
HABEN SIE ANDERE KÖRPERLICHE ODER PSYCHISCHE EINSCHRÄNKUNGEN ODER OBEN NICHT ERWÄHNT BEHINDERUNGEN?**

.....

.....

**DO YOU HAVE ANY MOBILITY ISSUES THAT WOULD PREVENT YOU FROM CLIMBING IN AND OUT OF A RUBBER INFLAT-
ABLE BOAT (RIB), I.E. "ZODIAC" OR A RIGID HULL LANDING CRAFT I.E. POLAR CIRCLE BOAT / HABEN SIE ANDERE KÖRPERLI-
CHE ODER PSYCHISCHE EINSCHRÄNKUNGEN ODER OBEN NICHT ERWÄHNT BEHINDERUNGEN?**

YES/JA **NO/NEIN**

**IF YOU REPLIED YES TO THE PREVIOUS QUESTION, PLEASE CHECK THE FOLLOWING/ WENN SIE BEI DER VORANGEGANGENEN
FRAGE MIT JA GEANTWORTET HABEN, KREUZEN SIE BITTE ZUTREFFENDES AN:**

PROSTHETIC LIMB/GLIEDMASSENPROTHESE **WHEELCHAIR/ROLLSTUHL** **WALKER/GEHHILFE** **CANE/GEHSTOCK**

EMERGENCY CONTACTS/ NOTFALLKONTAKTE	NAME	RELATIONSHIP/ VERHÄLTNIS	PHONE NUMBER/ TELEFONNUMMER
CONTACT 1/KONTAKT 1:			
CONTACT 2/KONTAKT 2:			

On studying the information, we reserve the right to contact your doctor about health issues that could affect the journey. Wir behalten uns das Recht vor, nach Kenntnisnahme der Informationen Ihren Arzt zur Auskunft über Probleme zu kontaktieren, die die Reise beeinträchtigen könnten.

Please check the box if you prefer to be contacted first before we contact your doctor.

Bitte setzen Sie in dem Kästchen einen Haken, wenn Sie vor Ihrem Arzt gerne persönlich kontaktiert werden möchten.

I hereby authorize that Hurtigruten can use the information provided in this document for the purpose of which it is intended. Ref Article 7. Hurtigruten will delete/destroy the information on completion of the voyage or as soon as possible when the information is no longer needed for medical purposes.

Hiermit bestätige ich, dass Hurtigruten die in diesem Dokument enthaltenen Informationen für den Zweck verwenden kann, für den sie bestimmt sind. Siehe Artikel 7. Hurtigruten löscht / vernichtet die Informationen nach Beendigung der Reise oder so bald wie möglich, wenn die Informationen für medizinische Zwecke nicht mehr benötigt werden.

Part 3: Medical Doctor's Opinion/ Teil 3: Ärztliche Beurteilung

Please give this form along with your itinerary to a doctor. Bitte geben Sie dieses Formular mitsamt Ihrer Reiseroute von einem Arzt.

Dear Doctor,

Our traveler is planning an expedition cruise to the areas where sophisticated medical facilities are unavailable. Each vessel carries a doctor and a small infirmary. While not strenuous, travelers who participate on excursions must negotiate a steep gangway, get in and out of landing boats with assistance and be capable of walking a short distance over uneven and slippery terrain ashore. The areas being travelled in are very remote and where medevacs are possible can take up to 2 days and in some cases (such as South Georgia) medevacs are impossible, as the area is out of the range of helicopters and/or landing strips. References to our Expedition Voyages: we ask you to take a quick look at the following links, just to give you an idea what kind of journey this is:
https://www.youtube.com/watch?v=PSJMTtp_6kQ
<https://www.youtube.com/watch?v=ADwZDRriSHs>

According to our regulations, passengers in "poor" health condition are in high risk of complications during the trip and therefore they should not join the voyage. Master and Doctor will deny passengers to come onboard with a medical form incomplete and/or with an unstable physical health condition.

We would like to be sure that each of our passengers is in adequate medical condition for the voyage and that our shipboard physician is fully alerted to any potential health problems.

Sehr geehrter Arzt, sehr geehrte Ärztin,

Unser Gast plant eine Expeditions-Seereise in Regionen, in denen keine modernen medizinischen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Auf jedem Schiff befindet sich ein Arzt und eine kleine Krankenstation. Es sind zwar keine Strapazen zu erwarten, dennoch müssen die Reisenden, die an Exkursionen teilnehmen, einen steilen Laufsteg bewältigen und Landeboote besteigen können sowie an Land kurze Strecken über unebenen und rutschigen Grund gehen können:
https://www.youtube.com/watch?v=PSJMTtp_6kQ
<https://www.youtube.com/watch?v=ADwZDRriSHs>

Die bereisten Regionen sind sehr abgeschieden. Medizinische Evakuierungen können möglicherweise bis zu 2 Tage dauern oder sind in einigen Fällen sogar ganz unmöglich (wie in Südgeorgien), da sie außerhalb der Reichweite von Helikoptern liegen oder Landebahnen fehlen. Gemäß unseren Vorschriften gelten Passagiere mit „schlechtem“ gesundheitlichem Zustand als hohes Risiko und können während der Fahrt zu Komplikationen führen. Sie sollten sich daher nicht auf dem Schiff befinden. Schiffsführer und -arzt verweigern Passagieren den Zutritt an Bord, die das medizinische Formular unvollständig ausgefüllt haben und/oder sich in einem schlechten Gesundheitszustand befinden. Wir möchten sicherstellen, dass unsere Passagiere sich in einem angemessenen Gesundheitszustand für diese Reise befinden, und dass unser Schiffsarzt umfassend über mögliche Gesundheitsprobleme informiert ist.

WE WOULD APPRECIATE YOUR EVALUATION OF THE TRAVELERS' OVERALL PHYSICAL CONDITION/BITTE BEWERTEN SIE DEN KÖRPERLICHEN GESAMTZUSTAND DES REISENDEN:

POOR/SCHLECHT	<input type="checkbox"/>	FAIR/EINIGERMASSEN GUT	<input type="checkbox"/>	GOOD/GUT	<input type="checkbox"/>	EXCELLENT/HERVORRAGEND	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------

THE TRAVELERS' ABILITY TO PARTICIPATE IN THIS EXPEDITION AND EXCURSIONS/FÄHIGKEIT DES REISENDEN, AN DIESER EXPEDITION UND AN EXKURSIONEN TEILZUNEHMEN:

POOR/SCHLECHT	<input type="checkbox"/>	FAIR/EINIGERMASSEN GUT	<input type="checkbox"/>	GOOD/GUT	<input type="checkbox"/>	EXCELLENT/HERVORRAGEND	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------

PLEASE ELABORATE ON ANY MEDICAL CONDITIONS THAT YOU FEEL OUR SHIPBOARD PHYSICIAN SHOULD BE AWARE OF/ BITTE MACHEN SIE ANGABEN ZU ALLEN MEDIZINISCHEN KONDITIONEN, DIE UNSER SCHIFFSARZT IHRER MEINUNG NACH WISSEN SOLLTE:

.....

.....

.....

Thank you for your help. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

DOCTOR'S NAME (BLOCK LETTERS)/NAME DES ARZTES/DER ÄRZTIN (DRUCKBUCHSTABEN)*:

CODE:	<input type="text"/>	REGISTRY NUMBER/ANMELDENUMMER:	<input type="text"/>
--------------	----------------------	---------------------------------------	----------------------

TELEPHONE/TELEFONNUMMER*:	<input type="text"/>	E-MAIL:	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------	----------------	----------------------

CITY, STATE, COUNTRY/ORT, BUNDESLAND, LAND*:	<input type="text"/>
---	----------------------

DATE/DATUM*:

DOCTOR'S SIGNATURE/ UNTERSCHRIFT DES ARZTES/DER ÄRZTIN*:

The doctor is not responsible for any medical occurrences during the voyage. By signing the medical form, the doctor is merely complying with the requirement that guests are fit for travel on the above-noted date. Der ausstellende Arzt ist nicht für während der Reise auftretende Erkrankungen verantwortlich. Mit der Unterzeichnung des medizinischen Formblattes bestätigt der Arzt lediglich die Reisetauglichkeit des Gastes zum oben genannten Datum.

**mandatory fields/Pflichtfelder.*

DOCTOR'S STAMP/

STEMPEL DES ARZTES/DER ÄRZTIN: