

Συμπληρώνεται για όλους τους επιβάτες:

- με τραύματα κρανίου/εγκεφάλου, με εσωτερικά ή μεγάλα εξωτερικά τραύματα
- με σπαστική παράλυση, με εγκεφαλική βλάβη ή νοητική ανεπάρκεια
- που επιθυμούν να ταξιδέψουν νωρίτερα από 6 μήνες μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο
- που εξαρτώνται από ειδικό εξοπλισμό ή θεραπεία κατά την πτήση (οξυγόνο, αναπνευστήρας, θερμοκοιτίδα κ.α)
- που δεν δύνανται να ταξιδέψουν σε κάθισμα με την πλάτη σε όρθια θέση -μεταφορά σε φορείο

MEDA

A	Όνομα	Φύλο	Ηλικία
Για νεογέννητο δηλώστε ακριβή ημερ. γέννησης:			
B	<u>Δρομολόγιο</u> Από	Προς	Αρ. Πτήσης
		Ημερομηνία	PNR
C	Διάγνωση		
E	<u>Απαιτείται συνοδεία</u>		
	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ, ιατρός (όνομα, τηλέφωνο)	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ, εξειδικευμένο άτομο (όνομα, τηλέφωνο)
F	<u>Απαιτείται βοήθεια</u>		
<input type="checkbox"/> WCHR	Περιπατητικός, αλλά με δυσχέρεια στη βάρδιση: Χρειάζεται βοήθεια στο αεροδρόμιο από/προς την πύλη επιβίβασης, τροχήλατη καρέκλα στην σκάλα επιβίβασης/αποβίβασης. Δεν χρειάζεται βοήθεια στο λεωφορείο, από/προς τη θέση επιβάτη, στην τουαλέτα ή με τα γεύματα		
<input type="checkbox"/> WCHS	Περιπατητικός, αλλά με μεγάλη δυσχέρεια στη βάρδιση: Δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει λεωφορείο. Χρειάζεται βοήθεια κατά την επιβίβαση/αποβίβαση. Δεν χρειάζεται βοήθεια από/προς θέση επιβάτη, στην τουαλέτα ή με τα γεύματα		
<input type="checkbox"/> WCHS/OWN	Ομοίως με ανωτέρω: Συνοδεύεται από δική του τροχήλατη καρέκλα. Σημειώστε BD , αν είναι καρέκλα με μπαταρίες		
<input type="checkbox"/> WCHC	Μη περιπατητικός: Χρειάζεται βοήθεια στο αεροσκάφος από/προς τη θέση επιβάτη, στην τουαλέτα & πιθανά με τα γεύματα		
<input type="checkbox"/> WCHC/OWN	Ομοίως με ανωτέρω: Συνοδεύεται από δική του τροχήλατη καρέκλα. Σημειώστε BD , αν είναι καρέκλα με μπαταρίες		
<input type="checkbox"/> BD	Πρέπει να ταξιδέψει σε φορείο - STRETCHER		
Στον προορισμό ο ασθενής θα μεταφερθεί στο νοσοκομείο			
G	<input type="checkbox"/> όχι	<input type="checkbox"/> ναι	Όνομα και διεύθυνση νοσοκομείου
<input type="checkbox"/> Ασθενοφόρο	Από το Αεροδρόμιο προς:		
H/K			
<input type="checkbox"/> Οξυγόνο περιστασιακά	Χρειάζεται περιστασιακά οξυγόνο κατά την πτήση		
<input type="checkbox"/> Οξυγόνο συνεχές	Χρειάζεται συνεχές οξυγόνο κατά την πτήση		
	Άλλες ενέργειες εδάφους ή πτήσης που απαιτούνται ή έχουν ήδη γίνει από τον θεράποντα ιατρό		
L	<input type="checkbox"/> FREMEC εκδοθείσα από Aegean Airlines	Ισχύει έως	
	Ημερομηνία	Όνομα ιατρού	Υπογραφή ιατρού
<p>Με αυτό αποδεσμεύω τον ιατρό της επιλογής μου, που θα συντάξει την αναφορά της ιατρικής μου κατάστασης, από το επαγγελματικό-ιατρικό απόρρητο για να του επιτραπεί να αναφέρει στην Aegean Airlines τέτοιες λεπτομέρειες της ιατρικής μου κατάστασης όπως απαιτείται από τους Ιατρικούς Συμβούλους της Αερ. Εταιρείας για να αποφανθούν για την ικανότητά μου να ταξιδέψω αεροπορικώς.</p> <p>Με αυτό αποδεσμεύω τον ιατρό της επιλογής μου, που θα συντάξει την αναφορά της ιατρικής μου κατάστασης, από το επαγγελματικό-ιατρικό απόρρητο για να του επιτραπεί να αναφέρει στην Aegean Airlines τέτοιες λεπτομέρειες της ιατρικής μου κατάστασης όπως απαιτείται από τους Ιατρικούς Συμβούλους της Αερ. Εταιρείας για να αποφανθούν για την ικανότητά μου να ταξιδέψω αεροπορικώς.</p> <p>Συναινώ στη γνωστοποίηση και επεξεργασία από την Aegean Airlines και τους ιατρικούς συμβούλους της, των ιατρικών ευαίσθητων δεδομένων μου, προκειμένου να αποφανθούν για την ικανότητά μου να ταξιδέψω αεροπορικώς</p> <p>Ο υπογράφων θα αποζημιώσει και θα απαλλάξει την Aegean Airlines και τους εκπροσώπους της από κάθε αξίωση για προκληθείσα ζημία σε σχέση με πιθανή επιδείνωση της ασθένειας του/της σαν αποτέλεσμα της μεταφοράς από αέρος. Σε περίπτωση δικαστικής διαμάχης ο υπογράφων θα πρέπει να αποδείξει ότι όποια τέτοια ζημία προκλήθηκε από την Aegean Airlines ή εκπροσώπους της κατά την μεταφορά.</p> <p>Τέλος, ο υπογράφων βεβαιώνει πως ενημερώθηκε ότι η Aegean Airlines δεν υποχρεούται καθ' οιονδήποτε τρόπο να δεχθεί τον εν λόγω επιβάτη σε επακόλουθο ταξίδι ή σε ταξίδι επιστροφής. Διαφορετικά, οι όροι μεταφοράς, ειδικότερα οι κανόνες περί ευθύνης που εμπεριέχονται, θα εφαρμοστούν.</p>			
Ημερομηνία	Γραφείο έκδοσης	Υπογραφή επιβάτη	
Χώρος για υπηρεσιακή χρήση της Aegean Airlines		Ιατρική Γνωμοδότηση Gamma Air Medical	
Ημερομηνία & Ώρα Απάντησης		<input type="checkbox"/> Τηλ. Επικοινωνία	<input type="checkbox"/> Φαξ <input type="checkbox"/> E-mail

Σημείωση για τον θεράποντα ιατρό:

Οι λεπτομερείς πληροφορίες που ζητούνται θα παραμείνουν εμπιστευτικές. Δίνουν την δυνατότητα στους ιατρικούς συμβούλους της Aegean Airlines να κρίνουν, όπως υποχρεούνται, με βάση τις εξειδικευμένες αεροιατρικές γνώσεις και την εμπειρία τους, εάν και κάτω από ποιές συνθήκες μπορεί να επιτραπεί στον ασθενή να ταξιδέψει με αεροσκάφος, όπως αιτείται. Αυτές οι πληροφορίες θα βοηθήσουν επίσης τους ιατρικούς συμβούλους στην έκδοση των κατάλληλων οδηγιών για την φροντίδα του ασθενούς, οι οποίοι θα λάβουν εξίσου υπ' όψιν τους τόσο την διάγνωσή του/της, όσο και τις ιδιαίτερες συνθήκες του εν λόγω αεροπορικού ταξιδιού.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις με X ή με κεφαλαία γράμματα, όπου χρειάζεται

MEDA 01	Όνομα επιβάτη	Φύλο	Ηλικία
MEDA 02	Όνομα, διεύθυνση θεράποντος ιατρού	Τηλ.	
MEDA 03	Ιατρικά στοιχεία: Διάγνωση (λεπτομέρειες, περιλαμβάνοντας ζωτικά σημεία)		
	Ημέρα/Μήνας/Έτος πρώτων συμπτωμάτων	Ημερομηνία διάγνωσης	
MEDA 04	Πρόγνωση για το αεροπορικό ταξίδι		
MEDA 05	Μεταδοτικό/ Μολυσματικό νόσημα; (διευκρινήστε)	<input type="checkbox"/> ναι	<input type="checkbox"/> όχι
MEDA 06	NIL		
MEDA 07	Δύναται ο ασθενής να κάνει χρήση απλής θέσης επιβάτη με την πλάτη του καθίσματος σε όρθια θέση;	<input type="checkbox"/> ναι	<input type="checkbox"/> όχι
MEDA 08	Δύναται ο ασθενής να φροντίσει για τις άμεσες ανάγκες του ενπτήσει χωρίς βοήθεια; (γεύματα, τουαλέτα κτλ). Αν όχι, δηλώστε είδος βοήθειας που απαιτείται	<input type="checkbox"/> ναι	<input type="checkbox"/> όχι
MEDA 09	Ο ασθενής χρειάζεται συνοδεία; Αν ναι, δηλώστε είδος συνοδείας που εσείς προτείνετε	<input type="checkbox"/> ναι	<input type="checkbox"/> όχι
MEDA 10	Ο ασθενής χρειάζεται οξυγόνο κατά την πτήση; Ταχύτητα ροής <input type="checkbox"/> 2Lt/min <input type="checkbox"/> 4Lt/mim	<input type="checkbox"/> ναι <input type="checkbox"/> συνεχές	<input type="checkbox"/> όχι <input type="checkbox"/> περιστασιακά
MEDA 11	Χρειάζεται ο επιβάτης φαρμακευτική αγωγή, πλην της αυτοδιαχειριζόμενης και/ή ειδικό εξοπλισμό, όπως αναπνευστήρα, αναρρόφηση, θερμοκοιτίδα κα;		
MEDA 12	Στο έδαφος, όσο βρίσκεται στο Αεροδρόμιο	<input type="checkbox"/> ναι	<input type="checkbox"/> όχι
	Μέσα στο αεροσκάφος	<input type="checkbox"/> ναι	<input type="checkbox"/> όχι
MEDA 13	Ο ασθενής χρειάζεται νοσηλεία; Αν ναι δηλώστε ενέργειες που έγιναν, ή αν δεν έγινε καμία, δηλώστε "No action taken"		
MEDA 14	Στο έδαφος, όσο βρίσκεται στο Αεροδρόμιο	<input type="checkbox"/> ναι	<input type="checkbox"/> όχι
	Μέσα στο αεροσκάφος	<input type="checkbox"/> ναι	<input type="checkbox"/> όχι
MEDA 15	Άλλες παρατηρήσεις ή πληροφορίες για την ομαλή και ανεμπόδιστη μεταφορά του ασθενούς (διευκρινήστε)		<input type="checkbox"/> καμία
MEDA 16	Άλλες ενέργειες που έγιναν από πλευράς του θεράποντος ιατρού		
Ημερομηνία	Τόπος	Υπογραφή θεράποντος ιατρού	
Χώρος για υπηρεσιακή χρήση της Aegean Airlines		Ιατρική Γνωμοδότηση Gamma Air Medical	
Ημερομηνία & Ώρα Απάντησης		<input type="checkbox"/> Τηλ. Επικοινωνία	<input type="checkbox"/> Φαξ <input type="checkbox"/> E - mail