



Sehr geehrter Fluggast,

wir freuen uns sehr, dass Sie Lufthansa City für Ihre Reise ausgewählt haben. Bitte füllen Sie die folgenden Seiten gemeinsam mit Ihrem betreuenden Arzt/Ärztin aus, gerne elektronisch oder gut leserlich in Druckbuchstaben. **Bitte beachten Sie die beigefügte Datenschutzhinweise (ab Seite 5) und die von Ihnen zwingend erforderliche Einwilligung (Seite 7), sodass wir Ihre Anfrage bearbeiten können.** Die Unterlagen können Sie uns wo möglich mittels verschlüsselter Kommunikation zukommen lassen. Alternativ können Sie uns die Unterlagen per Fax (+49 69 696 83677), per Brief oder auch per E-Mail (medicaloperation@dlh.de) zukommen lassen. Bitte beachten Sie, dass die Kommunikation via E-Mail unverschlüsselt ist.

Die in den folgenden Formularen abgefragten persönlichen und medizinischen Informationen werden streng vertraulich behandelt. Wir benötigen Sie jedoch zur Beurteilung, ob und unter welchen Voraussetzungen der von Ihnen gewünschten Beförderung mit einem Flugzeug nach flugmedizinischen Erkenntnissen zugestimmt werden kann. Sie werden auch benötigt, damit wir Anweisungen zu Ihrer Betreuung geben können, die einerseits der Diagnose und andererseits der besonderen Situation der gewünschten Flugreise Rechnung tragen.

Bitte beachten Sie, dass es den Flugbegleiter:innen nicht gestattet ist, spezielle Hilfestellungen (z.B. medizinische Pflegeleistungen, Heben von Passagieren etc.) oder Assistenz bei den Mahlzeiten zu leisten, die über das Öffnen von Verpackungen bzw. Zerteilen der Nahrung in mundgerechte Stücke hinausgeht, da dadurch die Versorgung bzw. Sicherheit der anderen Passagiere beeinträchtigt werden kann. Überdies sind die Flugbegleiter*innen lediglich in Erster Hilfe ausgebildet und somit nicht befugt, Spritzen oder Medikamente zu verabreichen. Sollten Sie mit einem eigenen elektrischen Rollstuhl reisen, halten Sie bitte Informationen zur Batterieleistung sowie zur Entnahme der Batterie und dem kompletten Ausschalten des Rollstuhls bereit.

Mögliche Gebühren, die sich aus Ihren Angaben oder Einschränkungen ergeben und für spezielle Transportleistungen oder Geräte (z.B. Sauerstoff on-demand System, Wenoll-System) erhoben werden, gehen voll zu Ihren Lasten. Sollte medizinisches Begleitpersonal für Ihre Reise notwendig sein, dürfen diese nicht mit Ihnen verwandt sein.

Es gelten die Vertrags- und Beförderungsbedingungen der Deutschen Lufthansa AG, insbesondere die darin festgelegten Haftungsbestimmungen.

Wir wünschen Ihnen eine gute Reise!

Ihr

Medical Operation Center



Betreuungsformular für Gäste mit Unterstützungsbedarf

In Anlehnung an das IATA Medical Manual, 11. Auflage, Appendix „E“, Version Juni 2018

1.	Name, Vorname:		Titel	Alter	Geschlecht
	Telefon:		Größe	Gewicht	
	E-Mail:				
2.	Buchungscode (PNR):				
3.	Reiseweg von	Nach	Flugnummer	Klasse	Datum
4.	Art der Einschränkung bzw. des Unterstützungsbedarfs:				
5.	Ist der Gast in der Lage aufrecht auf einem normalen Fluggastsitz zu sitzen?		☐ ja	☐ nein	
6.	Liegendtransport notwendig?		☐ ja	☐ nein	
	☐ Stretcher	Fluggast muss auf einer Krankentrage befördert werden. Eine medizinisch qualifizierte Begleitung ist notwendig (Krankenpfleger*in, Rettungspersonal oder Arzt/Ärztin).			
	Bitte bei Liegendtransporten unbedingt die Kontaktdaten des Ambulanzunternehmens angeben (siehe 9.)!				
7.	Kann der Gast alleine reisen und alle notwendigen Aktivitäten an Bord selbst ausführen?		☐ ja	☐ nein	
	Ist eine Begleitung für die Reise erforderlich?		☐ ja	☐ nein	
	Vorgesehene Begleitung (Name):		PNR (falls abweichend)		
	Medizinische Qualifikation		☐ Arzt/Ärztin	☐ Krankenpfleger*in / Rettungspersonal	☐ keine
8.	Rollstuhl oder Hilfe beim Ein-/Aussteigen erforderlich?		☐ ja	☐ nein	
	☐ WCHR	Gehfähig, aber eingeschränkt: Braucht Hilfe im Terminal zum/vom Gate, Rollstuhl o.ä. im Falle Ein- bzw. Aussteigen mittels Fußweg über das Vorfeld. Braucht keine Hilfe in einem Vorfeldbus, auf einer Flugzeugtreppe und in der Kabine zum Sitz, zu den Toilette oder bei den Mahlzeiten.			
	☐ WCHS	Gehfähig aber stark eingeschränkt: Kann Vorfeldbus nicht benutzen und braucht Hilfe beim Ein-/Aussteigen (z.B. über Flugzeugtreppe). Braucht keine Hilfe in der Kabine (zum/vom Sitz, Toilette, bei den Mahlzeiten).			
	☐ WCHC	Gehunfähig: Braucht auch in der Kabine Hilfe zum/vom Sitz, zu den Toiletten und evtl. bei den Mahlzeiten.			
	☐ WCH OWN (eigener Rollstuhl)	☐ WCH BW (Nassbatterie)	☐ WCH BD (Trockenbatterie)	☐ WCH LB (Li-Batterie)	☐ WCMP (manuell)
	Batterieleistung (Wh):		Gewicht:		☐ faltbar
	Maße (B/H/T cm):				
9.	Ambulanztransport zum/vom Flughafen notwendig? (Organisation durch Fluggast/Assistance/Versicherung)		☐ ja	☐ nein	
	Abflug	Name des Unternehmens:			
		Kontakt (Telefon/E-Mail):			
	Ankunft	Name des Unternehmens:			
	Kontakt (Telefon/E-Mail):				
10.	Betreuung im Flughafenbereich erforderlich?		☐ ja	☐ nein	
Bitte erläutern:					
11.	Weitere Unterstützung am Flughafen notwendig?		☐ ja	☐ nein	
Bitte erläutern:					
12.	Spezielle Unterstützung/Geräte während des Fluges notwendig?		☐ ja	☐ nein	
	Bitte erläutern (z.B. Extrasitz, Gerätetyp, etc.):				
	Technische Freigabe durch Fluggesellschaft erteilt?		☐ ja	☐ nein	
13.	Frequent Medical Traveller Card (FREMEC) vorhanden?		☐ ja	☐ nein	
	Gültig bis:	Ausgestellt durch:			
	Neuausstellung FREMEC gewünscht?		☐ ja	☐ nein	



Angaben des Arztes/Ärztin zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF, Teil 1

In Anlehnung an das IATA Medical Manual, 11. Auflage, Appendix „E“, Version Juni 2018

1.	Name, Vorname:			
	Geburtsdatum:	Geschlecht:	Größe:	Gewicht:
2.	Betreuender Arzt/Ärztin (Name, Ort): Telefon (inkl. Landes- und Ortsvorwahl): E-Mail:			
3.	Hauptdiagnose:		Diagnosedatum:	
4.	Erkrankungsverlauf, gegenwärtige Beschwerden und Leistungseinschränkungen:			
5.	Aktuelle Medikation:			
6.	Wird eine 25% bis 30%ige Reduktion des Sauerstoffpartialdrucks (relative Hypoxie) die Gesundheit des Passagiers beeinträchtigen? (Kabinendruck entspricht einem raschen Aufstieg auf 2.400 Meter (8.000 feet) über dem Meeresspiegel)			
	☐ ja	☐ nein	☐ unklar	
7.	Ist der Patient*in in diesem Zustand jemals mit einer kommerziellen Airline geflogen? Wenn ja, Datum:	☐ ja	☐ nein	
	Kam es hierbei zu Problemen?	☐ ja	☐ nein	
	Wenn ja, welche: Die Reise erfolgte	☐ alleine	☐ in Begleitung	
8.	Hat sich der Allgemeinzustand kürzlich verschlechtert?	☐ ja	☐ nein	
9.	Ist Gehen ohne Unterstützung möglich?	☐ ja	☐ nein	
10.	Kann der Patient*in ohne Symptome 50m gehen oder 10-12 Stufen steigen?	☐ ja	☐ nein	
11.	Keimstatus/Infektionskrankheiten			
	a. Besteht Isolationspflicht in medizinischen Einrichtungen?	☐ ja	☐ nein	
	b. Muss begleitendes medizinisches Fachpersonal persönliche Schutzausrüstung (z.B. Mundschutz, Kittel, etc.) tragen?	☐ ja	☐ nein	
	c. Ist eine Besiedlung mit multiresistenten Keimen oder eine akute Infektionserkrankung bekannt? Wenn ja, Keim:	☐ ja	☐ nein	
12.	Ist aktuell eine BGA durchgeführt worden? Sättigung bekannt? Wenn ja, Datum:		☐ ja	☐ nein
	Raumluft	Sättigung: %	pO ₂ : (mmHg/kPa)	pCO ₂ : (mmHg/kPa)
	O ₂ l/min	Sättigung: %	pO ₂ : (mmHg/kPa)	pCO ₂ : (mmHg/kPa)
13.	Ergänzende medizinische Informationen:			
	a. Anämie Wenn ja, Hb: g/dl, Datum:	☐ ja	☐ nein	
	b. Psychische/psychiatrische Erkrankung	☐ ja (siehe Teil 2)	☐ nein	
	c. Herzerkrankung	☐ ja (siehe Teil 2)	☐ nein	
	d. Lungenerkrankung	☐ ja (siehe Teil 2)	☐ nein	
	e. Benötigt der Patient*in Heimsauerstoff? Wenn ja, l/min	☐ ja	☐ nein	
	f. Benötigt der Patient*in Sauerstoff im Flugzeug? Wenn ja, l/min	☐ ja	☐ nein	
	☐ O ₂ on-demand System (Wenoll-System) gewünscht	☐ POC vorhanden Modell:		
	☐ O ₂ -Flasche vorhanden (max. 5kg, 200bar, nicht erlaubt auf Flügen von/in die USA, Kanada und Mexiko!) Volumen/Druck:			
	g. Anfallsleiden	☐ ja (siehe Teil 2)	☐ nein	
	h. Miktion gestört (inkontinent) Wenn ja, Versorgung mit:	☐ ja	☐ nein	
	i. Defäkation gestört (inkontinent) Wenn ja, Versorgung mit:	☐ ja	☐ nein	



Angaben des Arztes/Ärztin zur Beurteilung der medizinischen Flugreisetauglichkeit – MEDIF, Teil 2

In Anlehnung an das IATA Medical Manual, 11. Auflage, Appendix „E“, Version Juni 2018

14.	Herz-Kreislaufferkrankungen	☐ ja	☐ nein
	Belastungs-EKG erfolgt?	☐ ja	☐ nein
	Wenn ja, Watt/MET: _____, Datum: _____		
	Echokardiographie erfolgt?	☐ ja	☐ nein
	Wenn ja, EF: _____ %, Datum: _____		
	Funktionale Einschränkungen/Beschwerden (Angina, Dyspnoe)?	☐ ja	☐ nein (NYHA 1)
	☐ bei schwerer Belastung (NYHA 2)	☐ bei leichter Belastung (NYHA 3)	☐ in Ruhe (NYHA 4)
	a. Angina	☐ ja	☐ nein
	Wenn ja, Datum: _____		
	Ist der Zustand stabil?	☐ ja	☐ nein
	b. Myokardinfarkt	☐ ja	☐ nein
	Wenn ja, Datum: _____		
	Komplikationen?	☐ ja	☐ nein
	Wenn ja, welche?		
PTCA/PCI oder koronare Bypasschirurgie erfolgt?	☐ ja	☐ nein	
Wenn ja, Datum: _____			
c. Herzinsuffizienz	☐ ja	☐ nein	
Wenn ja, letzte Dekompensation am: _____			
Ist der Patient unter Medikation stabil?	☐ ja	☐ nein	
d. Synkope	☐ ja	☐ nein	
Wenn ja, Datum: _____			
Abklärung erfolgt?	☐ ja	☐ nein	
15.	Chronische Lungenerkrankung	☐ ja	☐ nein
	a. Dyspnoe	☐ ja	☐ nein
	☐ bei schwerer Belastung	☐ bei leichter Belastung	☐ in Ruhe
16.	b. Besteht eine CO ₂ Retention oder Hyperkapnie?	☐ ja	☐ nein
	Psychische/psychiatrische Erkrankungen	☐ ja	☐ nein
	a. Besteht die Möglichkeit einer Agitation des Patienten*in während des Fluges?	☐ ja	☐ nein
17.	Krampfanfall/Epilepsie	☐ ja	☐ nein
	a. Art des Krampfanfalls		
	b. Häufigkeit der Krampfanfälle		
	c. Wann war das letzte Ereignis?		
	d. Medikamentöse Anfallsprophylaxe?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, Medikation: _____			
18.	Weitere Anmerkungen:		
19.	Prognose für die Reise:	☐ gut	☐ eingeschränkt
20.	Unterschrift und Stempel des Arztes/Ärztin:	Datum: _____	



Datenschutzhinweise

Der Verantwortliche für die Datenverarbeitung

Lufthansa Group Business Services GmbH (LGBS GmbH)
- Medical Operation Center (FRA GM/C) -
Lufthansa Basis Tor 21 / Geb. 309 4. OG
60546 Frankfurt am Main

benötigt Ihre in diesem Formular (oder angefügten Dokumenten) zur Verfügung gestellten personenbezogenen und medizinischen Daten zur Erteilung der medizinischen Flugfreigabe bzw. zur Bereitstellung des angeforderten Unterstützungsbedarfes.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung erfolgt auf Basis Ihrer Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO. Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Anfrage ohne Einwilligung nicht bearbeiten können.

Zweck der Datenverarbeitung

Das Medical Operation Center verarbeitet die von Ihnen mitgeteilten Daten (wie persönliche Daten, medizinische Angaben und Buchungsdaten), um eine Beurteilung der Flugreisetauglichkeit durchführen zu können. Im Rahmen der Bearbeitung kann es notwendig sein, dass die von Ihnen mitgeteilten Daten an Dritte, wie z.B. weitere Fluggesellschaften innerhalb der Lufthansa Group, die in ihrem Reiseplan vorhanden sind, an medizinisches und nicht-medizinisches Lufthansa Personal, Flughafenmitarbeiter sowie Regierungs- und Grenzbehörden auf nationaler und internationaler Ebene weitergegeben bzw. übermittelt werden. Im Falle, dass Sie einen Mobilitätsservice wünschen, kann auch hier die Weitergabe von personenbezogenen Daten an einen entsprechenden Dienstleister notwendig sein.

Drittlandtransfer

Im Rahmen des Transportes außerhalb des Anwendungsbereiches der DSGVO erfolgt ebenfalls eine Weitergabe der persönlichen Daten und des Transportmodus an die Flughäfen der Reiseroute.

Löschfristen

Die Speicherdauer der Daten beträgt 10 Jahre. Anschließend werden die Daten automatisch gelöscht.

Betroffenenrechte Ihre Rechte können Sie schriftlich gegenüber dem Verantwortlichen für die Datenverarbeitung, oder unter medicaloperation@dlh.de geltend machen.

Ihre Rechte im Einzelnen sind:

- **Recht auf Auskunft, Art. 15 DSGVO**
 - Sie können Auskunft nach Art. 15 DSGVO über Ihre personenbezogenen Daten verlangen, die wir verarbeiten.
- **Recht auf Berichtigung, Art. 16 DSGVO**
 - Sollten die Sie betreffenden Angaben nicht (mehr) zutreffend sein, können Sie nach Art. 16 DSGVO eine Berichtigung verlangen. Sollten Ihre Daten unvollständig sein, können Sie eine Vervollständigung verlangen.
- **Recht auf Löschung („Recht auf Vergessenwerden“), Art. 17 DSGVO**
 - Sie können nach Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.



- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DSGVO**
 - Sie haben nach Art. 18 DSGVO das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen.
- **Recht auf Datenübertragung, Art. 20 DSGVO**
 - Für den Fall, dass die Voraussetzungen des Art. 20 Abs. 1 DSGVO vorliegen, steht Ihnen das Recht zu, sich Daten, die wir auf Grundlage Ihrer Einwilligung oder in Erfüllung eines Vertrags automatisiert verarbeiten, an sich oder an Dritte aushändigen zu lassen. Die Erfassung der Daten zur Bereitstellung der Website und die Speicherung der Protokolldateien sind für den Betrieb der Internetseite zwingend erforderlich. Sie beruhen daher nicht auf einer Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe a DSGVO oder auf einem Vertrag nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe b DSGVO, sondern sind nach Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DSGVO gerechtfertigt. Die Voraussetzungen des Art. 20 Abs. 1 DSGVO sind demnach insoweit nicht erfüllt.

Soweit Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben, haben Sie das Recht, die Einwilligung für zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Ein Widerruf hat zur Folge, dass Ihre Daten ab diesem Zeitpunkt nicht mehr für die oben genannten Zwecke verarbeitet werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgt ist.

Recht auf Widerspruch, Art. 21 Abs. 1 DSGVO

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die aufgrund von Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe f DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, er kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Bei Fragen zum Datenschutz, kontaktieren Sie unseren Datenschutzbeauftragten:

Konzerndatenschutzbeauftragter der Lufthansa Group
Deutsche Lufthansa AG
E-Mail: datenschutz@dlh.de

Darüber hinaus haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Gustav-Stresemann-Ring 1
65189 Wiesbaden
E-Mail: poststelle@datenschutz.hessen.de



Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich bin mit der Verarbeitung, Nutzung und Weitergabe meiner personenbezogenen und medizinischen Daten zur Prüfung und Beurteilung meiner Flugreisetauglichkeit einverstanden. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten (persönliche Daten und Transportmodus) zur Durchführung meines Transportes an Flughäfen, auch in einem Drittland, übermittelt werden.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Im Falle des Widerrufs wird das Medical Operation Center meine personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten.

Der Widerruf kann formlos postalisch an den Verantwortlichen für die Datenverarbeitung:

Lufthansa Group Business Services GmbH (LGBS GmbH)
- Medical Operation Center (FRA GM/C) -
Lufthansa Basis Tor 21 / Geb. 309 4. OG
60546 Frankfurt am Main

oder per E-Mail an das Medical Operation Center (E-Mail: medicaloperation@dlh.de) gerichtet werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgt ist.

☐ ich stimme der o. g. Datenverarbeitung zu.

Datum, Unterschrift