

GESUNDHEITSZEUGNIS FÜR FRACHTSCHIFF-PASSAGIERE

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen



Schiff:	Voraussichtliches Abfahrtsdatum:	Reisedauer ca. in Tagen:
---------	----------------------------------	--------------------------

Dieses Zeugnis ist von allen Passagieren vorzulegen, die auf Frachtschiffen reisen wollen, und ist **nicht früher als 30 Tage vor Einschiffung** vom Hausarzt auszufüllen und zu unterschreiben.

A) Der Passagier (Name) : _____ Alter: _____
ist in guter gesundheitlicher Verfassung in der Lage, mit einem Frachtschiff zu reisen, auf dem kein Arzt an Bord ist.

Ja Nein

B) Ist der Passagier gebrechlich aufgrund seines Alters oder einer Krankheit?

Ja Nein

C) Hat der Passagier in der Vergangenheit folgende gesundheitliche Probleme gehabt?

Kommentare

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| 1) Schwindel-, Ohnmachtsanfälle oder Perioden von Bewusstlosigkeit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2) Nervöse oder geistige Störungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3) Tuberkulose, Brust- oder Lungenleiden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 4) Störungen des Herzens oder des Kreislaufs? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 5) Taubsein, Schwäche od. Anschwellen von Gliedmaßen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 6) Diabetes? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 7) Bauch- Zwölffingerdarm- oder Magengeschwüre? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 8) Störungen der Gallenblase oder der Nieren? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 9) Größere Seh- oder Hörschwierigkeiten? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10) Sind Gehhilfen (Stöcke/Krücken, etc.) notwendig? * | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 10a) Künstliche Hüft- oder Kniegelenke? ** | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 11) Leidet der Passagier an Allergien? Welche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 12) Ist der Passagier allergisch gegen Medikamente? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 13) Ist der Passagier z.Zt. in medizinischer Behandlung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| 14) Wenn ja, ist der Passagier auf regelmäßige Verabreichung der Medikamente angewiesen? Welche? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | _____ |

Bemerkungen:

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

Ort / Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____

* 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.

** 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 ernstesten Fällen kann dies dazu führen, dass der Passagier aus Sicherheitsgründen das Schiff während der Reise verlassen muss.