

## Allgemeine Informationen

Wir müssen diese Informationen sammeln, um sicherzustellen, dass Sie entsprechend unterstützen können, wenn Sie mit uns reisen.

1 Informationen zur Buchung:	
<b>Buchungsnummer:</b> <i>Bitte Buchungsbestätigung an Email anfügen.</i>	<b>Veranstalter:</b>
<b>Hinflug – Flugnummer:</b> von / nach: Datum:	<b>Rückflug – Flugnummer:</b> von / nach: Datum:
<b>Buchungsklasse:</b> <input type="checkbox"/> Economy <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/> Business	

2 Informationen zum Fluggast:	
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Größe in cm:</b>	<b>Gewicht in kg:</b>

3 Kontaktdaten des Fluggastes:	
<b>Straße / Hausnummer:</b>	
<b>PLZ/Ort:</b>	<b>Land:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Mobil:</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>Fax:</b>

4 Behandelnder Arzt:	
<b>Name des behandelten Arztes:</b>	
<b>Straße / Hausnummer:</b>	
<b>PLZ/Ort:</b>	<b>Land:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Mobil:</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>Fax:</b>

**5 Medizinisch notwendige Geräte im Handgepäck (falls erforderlich):**

**5.1 Möchten Sie einen eigenen Sauerstoffkonzentrator mitnehmen:**

- Nein**       **Ja**

**Herstellernamen und Modellbezeichnung des Sauerstoffkonzentrators:**

Hiermit bestätige ich, dass der Sauerstoffkonzentrator batteriebetrieben ist, da eine Versorgung über Netzstrom nicht gewährleistet werden kann. Zudem ist eine Batteriedauer von 150% der Flugzeit sichergestellt. Es handelt sich um einen von der FAA zugelassenen Sauerstoffkonzentrator.

([https://www.faa.gov/about/initiatives/cabin\\_safety/portable\\_oxygen/](https://www.faa.gov/about/initiatives/cabin_safety/portable_oxygen/))

**5.2 Andere medizinisch notwendige Geräte im Handgepäck (bitte spezifizieren)**

- Hiermit bestätige ich, dass das/die genannte(n) Gerät(e) für den Luftverkehr zugelassen ist/sind.

## 6 Erklärung des Fluggastes und Hinweise:

### 6.1 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Zur Prüfung meiner Flugtauglichkeit für meine gebuchte Flugreise ermächtige ich hiermit den in Punkt 4 aufgeführten Arzt der Condor sowie den beauftragten Flugärzten die notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen, um meine Flugtauglichkeit zu ermitteln und es ihnen zu ermöglichen spezielle Anforderungen an die Betreuung zu erfüllen. Ich entbinde den Arzt zudem von seiner ärztlichen Schweigepflicht bezüglich der Offenlegung der Informationen gegenüber Condor. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe zudem das Recht, meine Einwilligung zur Verarbeitung der medizinischen Informationen gegenüber Condor jederzeit zu widerrufen, aber erkenne an, dass dies dazu führen kann, dass ich als nicht flugfähig eingestuft werde und mir die Beförderung auf den gebuchten Flügen verweigert werden kann. Wenn der Flug bereits gebucht war, können Stornogeühren anfallen.

### 6.2 Hinweise zu Hilfeleistungen an Bord und Beförderungsbedingungen

Den Flugbegleitern der Condor ist es nicht gestattet spezielle Hilfestellung (z.B. das Heben von Passagieren) oder Assistenz bei den Mahlzeiten zu leisten. Das Kabinenpersonal ist nur in Erster Hilfe ausgebildet und somit nicht befugt Spritzen oder Medikamente zu verabreichen. Werden Sie für eine Beförderung zugelassen, unterliegt die Reise den einschlägigen luftfahrtrechtlichen Bestimmungen und den allgemeinen Geschäfts- und Beförderungsbedingungen der Condor. Über diese Bestimmungen hinaus, sowie über besondere Folgen, die eine Luftbeförderung für Ihre Gesundheit haben könnte, haftet weder Condor noch ihre Angestellten, Bediensteten oder Agenten. Diese tragen Sie als Ihr alleiniges Risiko. Alle Angaben gelten nur für Condor Fluggeräte. Bei Flügen die von anderen Fluggesellschaften im Auftrag von Condor eingesetzt werden, können abweichende Bestimmungen gelten.

Hiermit bestätige ich, dass ich alle Informationen unter Punkt 6. zur Kenntnis genommen habe. Anfallende Kosten, die in Zusammenhang mit der Abklärung meiner Beförderung oder der Beförderung selbst entstehen, sofern diese gesetzlich nicht anderweitig geregelt sind, werden von mir übernommen.

Des Weiteren versichere ich, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
(händisch)

### 6.3 Datenschutzerklärung

Condor versteht und respektiert die Bedeutung des Schutzes Ihrer personenbezogenen Daten.

Informationen über Ihre Gesundheit werden von dem Unternehmen der Condor Flugdienst GmbH erfasst und verarbeitet. Sollten Sie Fragen zu diesem Formular haben können Sie uns auch eine E-Mail schicken an [meda@condor.com](mailto:meda@condor.com)

Dadurch, dass Sie uns (entweder uns direkt oder über Ihren Arzt in Ihrem Namen) Informationen über Ihre Gesundheit zur Verfügung stellen, willigen Sie ausdrücklich ein, dass wir diese Informationen über Ihre Gesundheit erfassen und verarbeiten, um festzustellen, ob Sie medizinisch dazu in der Lage sind, Ihren gebuchten Flug wahrzunehmen. Falls Sie uns diese Informationen über eine andere Person mitteilen, versichern Sie uns, dass diese andere Person hierzu ausdrücklich zugestimmt hat.

Wir benötigen Ihre ausdrückliche Einwilligung, bevor wir Ihre hier angegebenen personenbezogenen Daten verarbeiten dürfen. Es besteht für Sie keinerlei Verpflichtung, Ihre Einwilligung zu erteilen, aber wenn Sie dies nicht tun, sind wir vielleicht nicht dazu in der Lage Ihre Buchung durchzuführen und/oder Sie auf der Reise zu unterstützen.

Wir dürfen Informationen über Ihre Gesundheit/die Gesundheit der Person, deren Vormund Sie sind, offenlegen:

- Gegenüber Unternehmen der Condor Flugdienst GmbH., externen Dienstleistern, wie beispielsweise unseren eigenen Spezialisten für Luftfahrtmedizin, insoweit dies zur Feststellung Ihrer Flugfähigkeit und zur Erfüllung Ihrer speziellen Anforderungen zwingend erforderlich ist;
- Gegenüber den Zivilluftfahrtbehörden und, falls notwendig, gegenüber Gesundheitsbehörden und der Grenzkontrolle;
- Wenn in Ihrer Flugbuchung mehr als eine Person genannt wird, gegenüber dieser Person oder gegenüber Ihrer Reisebegleitung, die Sie zur Unterstützung begleitet;
- Allen anderen Personen oder Organisationen, von denen Sie uns beauftragt haben, personenbezogene Gesundheitsdaten einzuholen oder diesen gegenüber offenzulegen, wie beispielsweise gegenüber Ihrem Arzt;

Im Falle eines Notfalls oder eines sonstigen Ereignisses, in das Sie verwickelt sind, können wir Ihre personenbezogenen Daten gegenüber Personen und Organisationen offenlegen, die am Notfall-/Ereigniseinsatz beteiligt sind und gegenüber Familienmitgliedern, die uns kontaktieren und wissen möchten, ob es Ihnen gut geht.

Für nähere Informationen darüber, wie wir Informationen und Daten über Sie erfassen, verarbeiten und verwenden, lesen Sie bitte unsere Datenschutzrichtlinie unter <https://www.condor.com/eu/help-contact/data-protection-policy.jsp>.

**Ich habe die oben stehende Datenschutzbestimmungen gelesen und stimme der beschriebenen Verarbeitung meiner Daten zu bzw. der Daten der Person, für die ich der Vormund bin, zu.**

Für den Widerruf der Einwilligung können Sie eine E-Mail an [meda@condor.com](mailto:meda@condor.com) schicken. Sie können Ihre Zustimmung zur Bearbeitung Ihrer medizinischen Informationen durch Condor jederzeit widerrufen. Ein Widerruf kann jedoch dazu führen, dass Sie als nicht flugfähig eingestuft werden und Ihnen die Beförderung dem gebuchten Flügen verweigert werden kann. Wenn der Flug bereits gebucht war, können Stornogebühren anfallen.

**Medizinische Angaben (vom behandelnden Arzt auszufüllen)**

1 Der Gesundheitszustand allgemein (Auskunft erforderlich): .....2

2 Mobilität und Notwendigkeit einer Begleitperson (Auskunft erforderlich):.....4

3 Medizinischer Sauerstoff (Auskunft erforderlich): .....5

4 Atemwegserkrankungen (falls erforderlich):.....6

5 Herz-Kreislaufkrankungen (falls erforderlich): .....7

6 Krampfanfälle/Epilepsie (falls erforderlich):.....8

7 Psychische Einschränkungen und/oder psychiatrische Erkrankungen (falls erforderlich):.....8

8 Verletzungen / Operationen in den letzten 4 Wochen (falls erforderlich): .....9

9 Sonstige Informationen (Auskunft erforderlich): .....10

<b>1 Der Gesundheitszustand allgemein (Auskunft erforderlich):</b>	
<b>1.1</b>	<b>Datum der Diagnose:</b>
<b>1.2</b>	<b>Diagnose (inkl. Datum Symptombeginn der aktuellen Erkrankung, Unfall oder Therapie, besteht Kontagiosität?):</b>
<b>1.3</b>	<b>Gegenwärtige Beschwerden, Leistungseinschränkung:</b>
<b>1.4</b>	<b>Aktuelle Medikation:</b>
<b>1.5</b>	<b>Hat Ihrer Einschätzung nach der Fluggast eine ansteckende oder übertragbare Krankheit:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    -> Bitte um Einzelangaben:
<b>1.6</b>	<b>Ist Ihrer Einschätzung nach für den Patienten ein Krankenhausaufenthalt am Zielort erforderlich:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja    -> Vorkehrungen:
<b>1.7</b>	<b>Wird eine 25% bis 30%ige Reduktion des Sauerstoffpartialdrucks (relative Hypoxie) Ihrer Einschätzung nach die Gesundheit des Passagiers beeinträchtigen (Kabinendruck entspricht einem raschen Aufstieg auf 2.400 Meter / 8.000 Fuß über dem Meeresspiegel):</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
<b>1.8</b>	<b>Kann der Patient Ihrer Einschätzung nach einen normalen Fluggastsitz mit aufgerichteter Rückenlehne benutzen:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**1.9** Benötigt der Patient Ihrer Einschätzung nach während des Fluges eine (über die Eigenbehandlung hinausgehende) medizinische Versorgung und/oder besondere Geräte:

**1.9.1 Am Boden auf dem Flughafen:**

Nein  Ja -> Bitte spezifizieren:

**1.9.2 Während des Fluges:**

Nein  Ja -> Bitte spezifizieren:

<b>2 Mobilität und Notwendigkeit einer Begleitperson (Auskunft erforderlich):</b>	
<b>2.1</b>	<p><b>Kann der Patient Ihrer Einschätzung nach ohne Unterstützung und Symptome 100 Meter gehen oder 10-12 Stufen steigen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein</p>
<b>2.2</b>	<p><b>Besteht Ihrer Einschätzung nach eine Notwendigkeit für einen Rollstuhl-/ Begleitservice (dieser ist kostenfrei) für die Strecke:</b></p> <p><b>2.2.1 Rollstuhlservice für mobilitätseingeschränkte Personen:</b>  <input type="checkbox"/> bis zum Gate (WCHR)      <input type="checkbox"/> bis zur Flugzeugtür (WCHS)      <input type="checkbox"/> bis zum Sitz (WCHC)</p> <p><b>2.2.2 Begleitservice für:</b>  <input type="checkbox"/> Taube (DEAF)                      <input type="checkbox"/> Blinde (BLIND)                      <input type="checkbox"/> Geistig Behinderte (DPNA)</p>
<b>2.3</b>	<p><b>Kann der Patient Ihrer Einschätzung nach alleine reisen und alle notwendigen Aktivitäten an Bord selbst ausführen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein                              <input type="checkbox"/> Ja    -&gt; Bitte weiter ab Punkt 3</p>
<b>2.4</b>	<p><b>Ist Ihrer Einschätzung nach eine Unterstützung zum Ein-/Ausstieg (durch Flughafenpersonal) ausreichend:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein                              <input type="checkbox"/> Ja    -&gt; Bitte weiter ab Punkt 3</p>
<b>2.5</b>	<p><b>Muss Ihrer Einschätzung nach der Patient von einer geeigneten Person begleitet werden. Ist dies der Fall ist bitte spezifizieren Sie diese:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein                              -&gt; Bitte weiter ab Punkt 3  <input type="checkbox"/> Ja                                 -&gt; Bitte spezifizieren:  <input type="checkbox"/> Arzt                              <input type="checkbox"/> Pflegekraft/Rettungsassistent      <input type="checkbox"/> Privatperson</p>
<b>2.6</b>	<p><b>Werden Ihrer Einschätzung nach alle notwendigen Hilfestellungen durch diese Person erbracht:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja                              <input type="checkbox"/> Nein                              Warum werden diese nicht erbracht:</p>

**3 Medizinischer Sauerstoff (Auskunft erforderlich):**

**3.1 Ist Ihrer Einschätzung nach die Zugabe von medizinischem Sauerstoff am Boden notwendig:**

- Nein                       Ja -> Bitte Punkt 4 beantworten und um Angabe wie viel Liter pro Minute (LPM) am Boden benötigt werden:

**3.2 Ist Ihrer Einschätzung nach die Mitnahme oder Zugabe von medizinischem Sauerstoff während des Fluges notwendig:**

- Nein                       Ja -> Bitte Punkt 4 beantworten und um Angabe wie viel Liter pro Minute (LPM) am Boden benötigt werden:

**4 Atemwegserkrankungen (falls erforderlich):****4.1 Liegt Ihrer Einschätzung nach eine Erkrankung der Atemwege vor:**

- Nein                       Ja -> Bitte Unterpunkte 1-6 beantworten

Hinweis: Zur Beurteilung der nachfolgenden Fragen ist eine aktuelle Blutgasanalyse (BGA) notwendig. Diese ist unter Raumluft und unter Zugabe von Sauerstoff durchzuführen wenn der Fluggast Sauerstoff am Boden oder während des Fluges benötigt. (Bitte die BGA unter der geplanten Sauerstoffmenge durchführen)

**4.1.1 Blutgasanalyse unter Raumluft:**

pCO<sub>2</sub> [kPa/mmHg]: \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> [kPa/mmHg]: \_\_\_\_\_ % Sättigung: \_\_\_\_\_

**4.1.2 Blutgasanalyse unter Zugabe von \_\_\_\_\_ Litern Sauerstoff pro Minute (LPM):**

pCO<sub>2</sub> [kPa/mmHg]: \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> [kPa/mmHg]: \_\_\_\_\_ % Sättigung: \_\_\_\_\_

(Liegt der pO<sub>2</sub> Wert unter 2 Litern Sauerstoff, bzw. der geplanten Menge Sauerstoff < 70 mm HG bitte BGA mit 4 Litern Sauerstoff durchführen)

**4.1.3 Blutgasanalyse unter Zugabe von 4 Litern Sauerstoff pro Minute (LPM):**

pCO<sub>2</sub> [kPa/mmHg]: \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> [kPa/mmHg]: \_\_\_\_\_ % Sättigung: \_\_\_\_\_

**4.1.4 Is Besteht eine CO<sub>2</sub> - Retention bzw. Hyperkapnie:**

- Nein                       Ja Datum der Untersuchung :

**4.1.5 Hat sich der Allgemeinzustand kürzlich verschlechtert:**

- Ja                       Nein

**4.1.6 Ist der Patient in diesem Zustand jemals mit einer kommerziellen Airline geflogen:**

- Nein                       Ja wann:

Gab es irgendwelche Schwierigkeiten:

**5 Herz-Kreislaufkrankungen (falls erforderlich):**

**5.1 Liegt Ihrer Einschätzung nach eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystem vor:**

Nein  Ja -> Bitte Unterpunkte 1-5 beantworten

**5.1.1 Angina:**

**Liegt Ihrer Einschätzung nach eine Angina vor?:**

Nein  Ja ->Wann zuletzt:

**Ist der Zustand stabil:**

Ja  Nein

**Funktionale Einschränkungen:**

Keine Symptome  Angina bei erheblicher Belastung  
 Angina in Ruhe  Angina bei geringer Belastung

**5.1.2 Myokardinfarkt:**

**Liegt ein Myokardinfarkt vor:**

Nein  Ja -> Wann zuletzt:

**Komplikationen:**

Nein  Ja -> Folgende:

**Belastungs EKG:**

Nein  Ja -> Ergebnis: MET oder Watt

**5.1.3 Herzinsuffizienz:**

**Liegt eine Herzinsuffizienz vor:**

Nein  Ja -> Letzte Dekompensation:

**Ist der Patient unter Medikation stabil?**

Nein  Ja

**Funktionale Einschränkung:**

Keine Symptome bei normaler Belastung  Dyspnoe bei erheblicher Belastung  
 Dyspnoe in Ruhe  Dyspnoe bei geringer Belastung

**5.1.4 Synkope:**

Nein  Ja -> Wann zuletzt:

**5.1.5 Gab es weiterführende Untersuchungen:**

Nein  Ja -> Ergebnis

**6 Krampfanfälle/Epilepsie (falls erforderlich):**

**6.1 Liegen aktuell oder in der Vergangenheit Krampfanfälle oder Epilepsie vor?**

Nein  Ja -> Bitte Unterpunkte 1-4 beantworten

**6.1.1 Art des Krampfanfalls:**

**6.1.2 Häufigkeit der Krampfanfälle:**

**6.1.3 Wann war das letzte Ereignis:**

**6.1.4 Medikamentöse Anfallsprophylaxe:**

Ja  Nein

**7 Psychische Einschränkungen und/oder psychiatrische Erkrankungen (falls erforderlich):**

**7.1 Liegt Ihrer Einschätzung nach eine psychische Einschränkung und/oder eine psychiatrische Erkrankung vor:**

Nein  Ja -> Bitte Unterpunkte 1-2 beantworten

**7.1.1 Besteht Ihrer Einschätzung nach die Möglichkeit einer Agitation des Patienten während des Fluges:**

Ja  Nein

**7.1.2 Ist der Patient jemals zuvor mit einem Verkehrsflugzeug geflogen?**

Nein

Ja -> am :

alleine  in Begleitung

**8 Verletzungen / Operationen in den letzten 4 Wochen (falls erforderlich):**

**8.1 Liegen Frakturen vor?**

Nein  Ja -> Welche, Datum der Diagnose und Therapie:

Wie ist der aktuelle Hb Wert: \_\_\_\_\_ (mg/dl)

**8.2 Liegt eine Gipsimmobilisation vor?**

Nein  Ja -> Seit wann :

Geschlossener Gips / Rundgips

Nein  Ja

**8.3 Bei Verletzungen des Kopfes mit Frakturen und intrazerebralen Blutungen, sowie nach neurochirurgischen Operationen in den letzten 6 Wochen:**

Wann erfolgte mit welchem Ergebnis das letzte CCT:

Sind intrakranielle Lufteinschlüsse im letzten CCT ausgeschlossen:

**8.4 Nach großen Bauchoperationen:**

Was wurde wann operiert:

Wie ist der aktuelle Hb Wert \_\_\_\_\_ (mg/dl)

**9 Sonstige Informationen (Auskunft erforderlich):**

**9.1 Welche Prognose für die Reise können Sie geben:**

- Gut                       Eingeschränkt                       Schlecht

Begründung für Ihre Prognose:

**9.2 Liegen weitergehende medizinische Informationen vor, die noch nicht berücksichtigt wurden:**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes (oder Facsimile) \_\_\_\_\_  
(händisch)

Kategorie	Nicht flugtauglich	Klärung der Flugtauglichkeit (durch den behandelten Arzt mit dem Anhang A)	Keine Flugtauglichkeitsprüfung erforderlich / <i>Kommentar</i>
<b>Schwangerschaft und Babys</b>	<b>Allgemein:</b> Bei Komplikationen* <b>Schwangerschaft:</b> Von der 37. Woche <b>Mehrlingsschwangerschaft:</b> Von der 33. Woche <b>Babys:</b> Bis einschließlich 7. Tag nach der Geburt <b>Fehlgeburt:</b> Innerhalb der ersten 24 Stunden	<b>Schwangerschaft:</b> 29. bis 36. Woche <b>Mehrlingsschwangerschaft:</b> 29. bis 32. Woche	<b>Schwangerschaft:</b> Ohne Komplikationen bis zum Ende der 28. Woche <b>Babys:</b> Älter als 7 Tage <b>Fehlgeburt:</b> Nach 24 Stunden und ohne Komplikationen
<b>Corona / COVID-19</b>	- Wenn ansteckend	- Bis zum Ende der 2. Woche nach Erkrankung - Bis zum Ende der 4. Woche nach Entlassung aus dem Krankenhaus (Medif mit dem Anhang B erforderlich)	- Ab der 3. Woche nach Erkrankung - Ab der 5. Woche nach Entlassung aus dem Krankenhaus
<b>Allergien</b>	N/A	N/A	<i>Information: Eine Allergenfreie Umgebung kann nicht gewährleistet werden</i>
<b>Lungenerkrankungen</b>	<b>Allgemein:</b> - Bei instabilem Zustand* - Wenn akute Symptome noch vorhanden sind* - Wenn nicht vollständig untersucht <b>Pneumothorax / kollabierte Lunge:</b> - Bis einschließlich 14 (stabile) Tage nach erfolgreicher Wiederherstellung der Lunge	<b>Allgemein:</b> - Wenn zusätzlicher medizinischer Sauerstoff erforderlich ist - Bei unklarem medizinischem Zustand - Sofern ein medizinisches Atemgerät an Bord genutzt werden soll - Bei Mitnahme eines portablen Sauerstoffkonzentrators - Bei schwerwiegenden Erkrankungen - Wenn Komplikationen zu erwarten sind	<b>Allgemein:</b> - Wenn der Zustand stabil ist - Wenn kein zusätzlicher medizinischer Sauerstoff benötigt wird - Wenn keine Komplikationen zu erwarten sind - Wenn ein medizinisches Atemgerät an Bord nicht genutzt werden soll

Kategorie	Nicht flugtauglich	Klärung der Flugtauglichkeit (durch den behandelten Arzt mit dem Anhang A)	Keine Flugtauglichkeits- prüfung erforderlich / <i>Kommentar</i>
<b>Operationen und Verletzungen</b>	<p><b>Allgemein:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bis zum Ende der 2. Woche nach der Operation*</li> <li>- Wenn der Hämoglobin Wert niedriger als 9,5gm/dl ist*</li> <li>- Bei instabilem Zustand*</li> </ul> <p><b>Minimal-Invasive Operationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bis zum Ende der ersten Woche nach der Operation*</li> </ul> <p><b>Neuro-/Thorax-/Bauchraum Operation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bis zum Ende der 4. Woche nach der Operation*</li> </ul>	<p><b>Allgemein:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Von der 3. bis zum Ende der 6. Woche nach der Operation</li> <li>- Wenn Komplikationen zu erwarten sind</li> <li>- Wenn der Hämoglobin Wert höher als 9,5gm/dl und bis einschließlich 12gm/dl ist</li> </ul> <p><b>Minimal-Invasive Operationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Von der 2. bis zum Ende der 6. Woche nach der Operation*</li> </ul> <p><b>Neuro-/Thorax-/Bauchraum Operation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Von der 5. Woche bis Ende des 3. Monats nach der Operation</li> </ul>	<p><b>Allgemein:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ab der 7. Woche nach der Operation</li> <li>- Wenn keine Komplikationen zu erwarten sind</li> <li>- Wenn der Zustand stabil ist</li> <li>- Wenn der Hämoglobin Wert größer als 12gm/dl ist</li> </ul> <p><b>Neuro-/Thorax-/Bauchraum Operation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ab dem 4. Monat nach der Operation</li> </ul>
<b>Herz-Kreislauf Erkrankungen</b>	<p><b>Allgemein:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bis einschließlich 5 Tage</li> <li>- Wenn nicht unter medizinischer Betreuung</li> <li>- Wenn der Zustand nicht stabil ist*</li> </ul> <p><b>Herzinfarkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bis zum Ende der 4. Woche*</li> </ul> <p><b>Schlaganfall:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bis zum Ende der 4. Woche*</li> </ul> <p><b>Embolie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei akutem Thrombos</li> <li>- Bis zum Ende der 4. Woche*</li> </ul> <p><b>Thrombose / Tiefenthrombose:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bis einschließlich 5 Tage</li> <li>- Ohne Thromboseprophylaxe und -strümpfe</li> </ul>	<p><b>Allgemein:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vom 6. Tag bis zum Ende des 3. Monats</li> <li>- Bei schwerwiegenden Erkrankungen</li> <li>- Wenn Komplikationen zu erwarten sind</li> <li>- Bei unklarem medizinischen Zustand</li> </ul> <p><b>Herzinfarkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Von der 5. Woche bis zum Ende des 3. Monats</li> </ul> <p><b>Schlaganfall:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Von der 5. Woche bis zum Ende des 2. Monats</li> </ul> <p><b>Embolie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Von der 5. Woche bis zum Ende des 3. Monats</li> </ul> <p><b>Thrombose / Tiefenthrombose:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vom 6 Tag bis einschließlich 4. Woche und nur mit Thromboseprophylaxe und -strümpfen</li> </ul>	<p><b>Allgemein:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ab dem 4. Monat nach Erkrankung</li> <li>- Bei stabilem Zustand</li> <li>- Wenn keine Komplikationen zu erwarten sind</li> </ul> <p><b>Schlaganfall:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ab dem 3. Monat nach dem Schlaganfall</li> </ul> <p><b>Thrombose / Tiefenthrombose:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ab der 5. Woche und nur mit Thromboseprophylaxe und -strümpfen</li> </ul>

Kategorie	Nicht flugtauglich	Klärung der Flugtauglichkeit (durch den behandelten Arzt mit dem Anhang A)	Keine Flugtauglichkeits- prüfung erforderlich / <i>Kommentar</i>
<b>Knochenbrüche</b>	<b>Allgemein:</b> - Wenn nicht gespalten oder nicht geschient <b>Für Flüge bis zu zwei Stunden:</b> - Die ersten 24 Stunden nach dem Bruch <b>Für Flüge länger als zwei Stunden:</b> - Die ersten 48 Stunden nach dem Bruch <b>Rundgips:</b> - Die ersten 7. Tage nach dem Bruch	N/A	<b>Allgemein:</b> - Wenn gespalten oder geschient <b>Für Flüge bis zu zwei Stunden:</b> - Nach 24 Stunden nach dem Bruch <b>Für Flüge über zwei Stunden:</b> - Nach 48 Stunden nach dem Bruch <b>Rundgips:</b> - Ab dem 8. Tag nach dem Bruch
<b>Ansteckungskrankheiten</b>	<b>Allgemein:</b> Wenn ansteckend	N/A	<b>Allgemein:</b> Wenn nicht ansteckend
<b>Krampfanfälle / Epilepsy</b>	<b>Allgemein:</b> - Wenn der letzte Anfall weniger als 24 Stunden zurückliegt. - Wenn nicht anfallsfrei - Wenn der Zustand nicht stabil ist	N/A	<b>Allgemein:</b> - Wenn der letzte Anfall mehr als 24 Stunden zurückliegt - Wenn anfallsfrei / Zustand stabil ist
<b>Psychologische / Psychiatrische Erkrankungen</b>	<b>Allgemein:</b> - Wenn der Zustand nicht stabil ist - Wenn akute Symptome noch vorhanden sind - Wenn nicht vollständig untersucht	<b>Allgemein:</b> - Bei schwerwiegenden Erkrankungen und/oder wenn Komplikationen zu erwarten sind - Bei unklarem medizinischen Zustand	<b>Allgemein:</b> - Bei stabilem Zustand - Wenn keine Komplikationen zu erwarten sind

Kategorie	Nicht flugtauglich	Klärung der Flugtauglichkeit (durch den behandelten Arzt mit dem Anhang A)	Keine Flugtauglichkeits- prüfung erforderlich / <i>Kommentar</i>
<b>Andere Erkrankungen</b>	<p><b>Allgemein:</b> - Zustand ist nicht stabil* - Wenn akute Symptome noch vorhanden sind</p> <p><b>Tauchen:</b> - Bis zu 24 Stunden nach dem letztem Tauchgang</p> <p><b>Sichelzellen Anämie:</b> - Sichelzellenkrise innerhalb der letzten 9 Tage* - Wenn der Hämoglobin Wert niedriger als 9,5gm/dl ist*</p> <p><b>Anämie:</b> - Wenn der Hämoglobin Wert niedriger als 9,5gm/dl ist*</p> <p><b>Ohren / Sinus Probleme:</b> - Akuter Katarrh oder Mittelohroperation</p> <p><b>Meningitis:</b> - Bis einschließlich des 10. Tag nach der akuten Erkrankung</p>	<p><b>Allgemein:</b> - Bei schwerwiegenden Erkrankungen und/oder wenn Komplikationen zu erwarten sind - Bei unklarem medizinischen Zustand</p> <p><b>Meningitis:</b> - Vom 11. bis einschließlich 27. Tag nach Ende der akuten Erkrankung</p> <p><b>Anämie / Sichelzellenanämie:</b> - Wenn der Hämoglobin Wert höher als 9,5gm/dl und bis einschließlich 12gm/dl ist</p>	<p><b>Allgemein:</b> - Bei stabilem Zustand - Wenn keine Komplikationen zu erwarten sind</p> <p><b>Tauchen:</b> - Mehr als 24 Stunden nach dem letzten Tauchgang</p> <p><b>Meningitis:</b> - Ab dem 28. Tag nach Ende der akuten Erkrankung</p> <p><b>Anämie / Sichelzellenanämie:</b> - Wenn der Hämoglobin Wert größer als 12gm/dl ist</p>