



## PARTE 1: INCAD / Modulo per la gestione di Passeggeri disabili/invalidi

Da completarsi a cura del Sales Office/Agent. Rispondere a tutte le domande. Fare una crocetta sulle caselle corrispondenti. Il presente modulo deve essere compilato in STAMPATELLO.

A Nome (Iniziali, titolo)

Indirizzo

Telefono

B Itinerario proposto, numero/i del volo, classe, data/e, stato prenotazione, PNR

C Natura dell'incapacità

D E' necessaria una barella a bordo? (Tutti i barellati devono essere accompagnati). Se non si conosce il prezzo, richiederlo.

No Sì

E Accompagnatore designato (Nome, sesso, età, qualifica professionale)

Se non qualificato, indicare "compagno di viaggio". Per i non vedenti e/o i sordi, indicare se accompagnati da cane-guida addestrato.

F E' necessaria una sedia a rotelle?

No Sì > Categorie di sedie a rotelle: Sedia a rotelle propria Pieghevole Elettrica A batteria sigillata

WCHR – Passeggero capace di salire/scendere le scale autonomamente

WHCS – Passeggero incapace di salire/scendere autonomamente le scale No No No No

WCHC – Passeggero completamente immobile Sì Sì Sì Sì

\* Per sedie a rotelle con batterie sigillate, particolari restrizioni vengono applicate dalle compagnie aeree e dai paesi.

G E' necessaria un'ambulanza?

No No, specificare contratto con la Società di Ambulanze:

Sì > predisposta dalla compagnia aerea Sì, specificare indirizzo di destinazione:

H Sono necessari altri servizi di terra? (specificare per ogni servizio a) la compagnia aerea coinvolta o altra organizzazione, b) soggetto che si farà carico delle spese e c) indirizzi/telefoni di contatto se necessario delle specifiche persone/organizzazioni designate ad accogliere/assistere il passeggero.

1. Servizi di accompagnamento all'aeroporto di partenza:

2. Servizi di assistenza ai punti di transito:

3. Servizi di accoglienza all'aeroporto di arrivo:

4. Altre richieste o informazioni rilevanti:

K Necessità di servizi speciali in volo (quali: pasti speciali, posti speciali, spazio per le gambe, posto/i extra, attrezzatura speciale, ecc. vedere nota alla fine della parte 2 sul retro)

No Sì

Specificare per ciascuna voce a) tratta/e su cui vengono richiesti, b) se a cura della compagnia aerea o di terzi e c) soggetto che si farà carico delle spese.

Per la fornitura di attrezzature speciali quali ossigeno ecc. completare sempre la parte 2 sul retro.

Dichiarazione del passeggero (da completarsi per un viaggio tra diverse compagnie aeree o su richiesta di Swiss International Air Lines Ltd.)

"Io sottoscritto autorizzo \_\_\_\_\_ (nome del medico designato)

a fornire alle compagnie aeree le informazioni richieste dalle relative divisioni mediche delle stesse al fine di determinare la mia idoneità al trasporto aereo, e a tal riguardo io sottoscritto sollevo tale medico dall'obbligo professionale di riservatezza circa tali informazioni e accetto di corrispondere le parcelle corrispondenti.

Prendo atto che, qualora io venga accettato per il trasporto, il mio viaggio sarà soggetto alle condizioni generali di trasporto/tariffe del relativo vettore e che il vettore non si assume nessuna responsabilità particolare al di fuori di tali condizioni/tariffe.

Sono pronto, a mio rischio personale, a far fronte alle eventuali conseguenze che il trasporto per via aerea possa produrre sul mio stato di salute e sollevo il vettore, i suoi dipendenti, addetti e agenti da qualsiasi responsabilità circa tali conseguenze.

Accetto di rimborsare al vettore, su richiesta, eventuali spese speciali o costi sostenuti per il mio trasporto.\*

(Se necessario, la presente deve essere letta dal/al passeggero, datata e firmata da esso o a suo nome).

Li

Data

Firma del Passeggero



RISERVATO

**PARTE 2: MEDIF/ Modulo per le informazioni mediche**

Si prega di restituire il modulo firmato a:

Da compilarsi a cura del medico curante.

Il presente modulo ha lo scopo di fornire informazioni riservate per permettere alla Divisione Medica delle compagnie aeree di valutare l'idoneità del passeggero a viaggiare come indicato nella Parte 1. Se il passeggero viene accettato, tali informazioni permetteranno di impartire le istruzioni necessarie per fornire al passeggero assistenza e confort.

Il medico curante del passeggero disabile/invalido deve rispondere a tutte le domande. Fare una crocetta (X) sulla casella "sì" o "no" corrispondente e/o fornire risposte precise.

Il presente modulo deve essere compilato in STAMPATELLO in inglese, tedesco, francese o italiano.

(Indirizzo dell'ufficio competente di Swiss International Air Lines Ltd.)

Linea aerea

Codice Rif.

MEDA 01	Nome, iniziali, sesso ed età del paziente			
MEDA 02	Nome e indirizzo del medico curante			
	Numeri di telefono: Lavoro:		Casa:	
MEDA 03	Dati MEDA: Diagnosi dettagliata (inclusi segni vitali)			
	Giorno/mese/anno dei primi sintomi:		Data della diagnosi:	
MEDA 04	Prognosi per il viaggio:			
MEDA 05	La malattia è contagiosa e trasmissibile?			
	No	Sì >	specificare	
MEDA 06				
MEDA 07	Il paziente può occupare un posto normale dell'aereo con il sedile collocato in posizione verticale quando necessario?			
	No	Sì		
MEDA 08	Il paziente può provvedere ai propri bisogni personali a bordo senza assistenza (inclusi pasti, bagno, ecc.)?			
	No*	Sì *Se no, tipo di assistenza necessaria:		
MEDA 09	Se accompagnato, il servizio proposto nella PARTE 1/E del modulo è sufficiente?			
	No*	Sì *Se no, tipo di servizio proposto:		
MEDA 10	Il paziente ha bisogno di attrezzatura per l'ossigeno ** a bordo? (se sì, indicare il flusso richiesto)			
	No*	Sì	Litri al minuto	Continuo Sì No
MEDA 11	Il paziente ha bisogno di medicinali* diversi da quelli auto-somministrati e/o dell'utilizzo di apparati speciali quali respiratori, incubatrici, ecc.**?			
	a) a terra in aeroporto:	No	Sì	specificare
MEDA 12	b) a bordo dell'aereo:	No	Sì	specificare
MEDA 13	Il paziente ha bisogno di ricovero in ospedale? Se sì, indicare gli accordi presi o, se non presenti, scrivere "Non sono state adottate azioni".			
	a) durante le soste prolungate o notturne nei punti di transito durante il viaggio:	No	Sì	Azioni:
MEDA 14	b) all'arrivo a destinazione:	No	Sì	Azioni:
MEDA 15	Altre osservazioni o informazioni di interesse per rendere il trasporto del paziente agevole e confortevole:			
MEDA 16	Altri accordi effettuati dal medico curante:			

\* Nota: Gli assistenti di volo non sono autorizzati a fornire assistenza speciale a singoli passeggeri, a scapito del servizio da loro svolto per gli altri passeggeri. Inoltre, sono addestrati soltanto per il primo soccorso e non possono effettuare iniezioni o dare medicinali.

\*\* Importante: i costi, se presenti, relativi alla fornitura delle suddette informazioni e per le attrezzature speciali fornite dal vettore devono essere pagati dal passeggero interessato.

Data:

Luogo:

Firma del Medico curante: