



Schiffsname: \_\_\_\_\_

Abfahrtsdatum ca: \_\_\_\_\_

Reisedauer in Tagen ca: \_\_\_\_\_

**Gesundheitszeugnis für Frachtschiffpassagiere - bitte deutlich ausfüllen**

Dieses Zeugnis ist von Passagieren ab 65 Jahren vorzulegen. Es ist Teil des Beförderungsvertrags und ist **nicht früher als 30 Tage vor Einschiffung** vom Hausarzt auszufüllen und zu unterschreiben.

Von Reisenden ab 70 Jahren ist das Attest zusätzlich zur Buchung erforderlich.

A) Der Passagier (Name): \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

**ist in guter gesundheitlicher Verfassung und in der Lage mit einem Frachtschiff zu reisen auf dem kein Arzt an Bord ist:**

Ja  Nein

Für Vermerke wenn Ja: \_\_\_\_\_

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

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

1. Schwindel-/Ohnmachtsanfälle oder Perioden von Bewußtlosigkeit? Ja  Nein

2. Nervöse oder geistige Störungen? Ja  Nein

3. Tuberkulose, Brust- oder Lungenleiden? Ja  Nein

4. Störungen des Herzens oder des Kreislaufs? Ja  Nein

5. Taubsein, Schwäche oder Anschwellen von Gliedmaßen? Ja  Nein

6. Diabetes? Ja  Nein

7. Bauch-, Zwölffingerdarm- oder Magengeschwüre? Ja  Nein

8. Störungen der Gallenblase oder der Nieren? Ja  Nein

9. Größere Seh- oder Hörschwierigkeiten? Ja  Nein

10. Sind Gehhilfen (Stöcke/Krücken etc.) notwendig? Ja  Nein

10a. Künstliche Hüft- oder Kniegelenke? Ja  Nein

11. Wurden dem Passagier Spenderorgane transplantiert? Welche? Ja  Nein

12. Ist der Passagier allergisch gegen Medikamente? Welche? Ja  Nein

13. Ist der Passagier zur Zeit in medizinischer Behandlung? Ja  Nein

14. Wenn ja, ist der Passagier auf regelmäßige Verabreichung der Medikamente angewiesen? Welche? Ja  Nein

Weitere Bemerkungen, welche eine Auswirkung auf den physischen/psychischen Zustand des Passagiers während der Reise haben könnten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Die beiliegenden wichtigen Informationen zum Attest habe ich erhalten und gelesen.**

Unterschrift d. Arztes: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Adresse/Stempel: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Ich bin behandelnder Arzt seit \_\_\_\_\_ Jahren.