



REEDEREI F. LAEISZ

Gesundheitsattest für Passagiere auf Frachtschiffen

Name

geb. am

Die Seereise auf einem Schiff der **Reederei F. Laeisz** erfolgt ohne ärztliche Betreuung.

Zur Feststellung der Reisefähigkeit sind folgende Angaben erforderlich:

| | Nein | Ja | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Ansteckende Krankheiten (auch in der Familie / WG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ |
| Derzeitige schon länger bestehende Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ |
| Durchgemachte ernsthafte Erkrankungen mit Jahresangabe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ |
| Art und Menge der ärztlich verordneten Medikamente | _____ | | |
| Besteht Behandlungsbedürftigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, daß ich mich gesundheitlich in der Lage fühle, die Seereise anzutreten und die ärztlich verordneten Medikamente in ausreichender Menge mitführen werde. Ich versichere, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise für den untersuchenden Arzt

Folgende Erkrankungen gelten als Kontradiktion für eine Schiffsreise:

- Alle akuten Erkrankungen sowie Infektionskrankheiten
- Nicht saniertes und/oder unzureichend prothetisch versorgtes Gebiß
- Schwangerschaft
- Träger von Dauerkathedern
- Stark geh- und sehbehinderte Personen
- Bösartige Geschwulstkrankheiten

Alle chronischen Erkrankungen, die zur Exazerbation oder Dekompensationen neigen und zu Schmerzzuständen oder Bewußtseinsstörungen führen können,

u.a. Arterielle Hypertonie, therapeutisch ungenügend einstellt und/oder mit Komplikationen, Ischämische Herzkrankheit mit Angina-pectoris-Anfällen und/oder ausgeprägten Veränderungen im EKG, Reizbildung und Reizleitungsstörungen mit der Gefahr von Komplikationen, Labile Stoffwechselerkrankungen und/oder nicht kompensierte endokrine Erkrankungen, Chronische Nierenerkrankungen mit Retention harnpflichtige Substanzen und/oder mit rezidivierenden entzündlichen Schüben, Chronisch aktive Leberentzündungen, aktive Leberzirrhose, schwere Verlaufsformen aus dem rheumatischen Formenkreis, Rezidivierende Geisteskrankheiten und/oder Verhaltensauffälligkeiten mit Krankheitswert, die die Gemeinschaft an Bord gefährden können.

Vom Arzt auszufüllen

| | Nein | Ja | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| Ansteckende Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bemerkungen: |
| Chronische Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bestehen Zweifel an der Reisefähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Diagnose _____

Stempel der Einrichtung

Datum

Unterschrift des Arztes

Das Attest sollte bei Antritt der Reise nicht älter als 3 Monate sein!