

MEDICAL INFORMATION FORM**Modulo A - A cura del cliente o suo rappresentante/delegato****MODULO "A" - FOGLIO INFORMATIVO PER I CLIENTI CHE RICHIEDONO UN'ASSISTENZA SPECIALE**

Scrivere in stampatello, rispondere a tutte le domande e mettere una X sulle caselle interessate.

1. Cognome/nome _____

2. Codice di prenotazione (PNR) _____

3. Itinerario (il trasferimento da un volo ad un altro potrebbe richiedere un tempo di coincidenza più lungo)

Compagnia(e)/numero(i) volo(i)/classe(i)/data(e) _____

4. Natura della disabilità

5. Sedia a rotelle necessaria?: Sì No

Categoria di sedia a rotelle*: WCHR WCHS WCHC

Sedia a rotelle personale: Sì No tipologia: Manuale Pieghevole Batteria

Altro ausilio per la mobilità: _____ Tipo alimentazione batteria: Gel/asciutta Umida/wet

Litio Lunghezza cm _____ Larghezza cm _____ Altezza cm _____ Peso kg _____

6. Cane d'assistenza Sì No Quali funzioni svolge? _____

7. E' necessaria la barella a bordo? Sì No in caso di risposta affermativa è necessario far compilare dal medico il modulo B per la richiesta di autorizzazione medica al viaggio

8. Accompagnatore: Sì No

Cognome/Nome: _____ Titolo _____

Età _____ Lingua parlata _____

Codice prenotazione (se diverso) _____

Medico: Sì No Paramedico: Sì No Altro _____

9. Ambulanza necessaria all'aeroporto di imbarco e sbarco: Sì No

Specificare nome e contatti della società che fornisce l'ambulanza (scalo di partenza)

Specificare nome e contatti della società che fornisce l'ambulanza (scalo di arrivo)

Specificare nome e contatti per eventuali transiti

10. Una persona incontrerà/assisterà il cliente?: Sì No

Specificare nome e contatti _____

11. Altre necessità di assistenza a terra? Sì No

In casi di risposta affermativa, specificare _____

Scalo di arrivo _____

Scalo di transito _____

destinazione _____

Se è necessario l'ossigeno durante il transito in aeroporto, il cliente deve munirsi di un proprio equipaggiamento (es. POC) prima dell'inizio del viaggio.

12. Necessità di altri servizi a bordo, di trasporto di farmaci liquidi e/o siringhe? Sì No
(in caso di risposta affermativa è necessario un certificato del proprio medico curante indicante: patologia, quantità del farmaco e/o delle siringhe con data non antecedente i 30 gg.)
Se sì, specificare (es. pasti speciali, attrezzature particolari, posto particolare ecc.) _____

Chi provvede agli equipaggiamenti e a chi sono a carico le spese? _____

Per quali voli/tratte? _____

Se l'equipaggiamento è di proprietà indicare tipo (es. POC, Ventilatore polmonare), marca, modello, tipo alimentazione, peso e misure _____

Può piegare il ginocchio? Sì No Può viaggiare seduto con lo schienale in posizione verticale durante decollo e atterraggio? Sì No
(in caso negativo richiedere la barella)

13. Tessera medica per i viaggiatori abituali (FREMEC) Sì No
In casi di risposta affermativa, specificare: il numero di FREMEC, da chi è stata emessa, data di scadenza, età del cliente _____

Nota:

o WCHR = il cliente non può camminare bene o non può camminare per lunghe distanze, ma può utilizzare le scale o WCHS = il cliente non può salire o scendere le scale o WCHC = il cliente non può camminare affatto

Si informa che tutti i dati riportati sul modulo saranno trattati al solo fine della esecuzione del contratto di trasporto e in conformità di quanto prescritto dalla normativa di cui al Regolamento EU 2016/679 e dal D.lgs n.196/2003 e ss.mm. ii (D.lgs n. 101/2018)

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati
(firma del cliente o suo delegato/rappresentante): _____ Luogo e data _____