

# فرم اطلاعات پزشکی

نام و نام خانوادگی:	سن:	جنسیت:	مرد <input type="checkbox"/>	زن <input type="checkbox"/>	مقصد:	شماره تماس:
شرح حال بیماری:						
تشخیص نهایی بیماری:						
تاریخ تشخیص:						
آیا بیماری واگیردار و مسری می باشد؟						
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی توضیحات:						
آیا وضعیت بیماری برای سایر مسافران ایجاد ناراحتی می کند؟ (بو، وضع ظاهری، رفتار و ...)						
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی توضیحات:						
شرایط انتقال بیمار به داخل هواپیما چگونه است؟						
<input type="checkbox"/> معمولی <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/> از طریق بالابر <input type="checkbox"/> صندلی چرخ دار <input type="checkbox"/>						
وضعیت استقرار بیمار داخل هواپیما چگونه است؟						
<input type="checkbox"/> صندلی معمولی (امکان قرار گرفتن پشتی صندلی در حالت قائم) <input type="checkbox"/> استفاده از صندلی اضافی <input type="checkbox"/> استفاده از تخت <input type="checkbox"/>						
آیا بیمار در طول پرواز نیازمند مراقبت می باشد؟						
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (میزان .... لیتر در دقیقه) <input type="checkbox"/> به طور دائم <input type="checkbox"/> در صورت نیاز <input type="checkbox"/>						
آیا بیمار نیاز به اکسیژن دارد؟						
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (همه‌هنگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است) <input type="checkbox"/>						
آیا بیمار در مقصد نیازمند آمبولانس می باشد؟						
<input type="checkbox"/> بلی (همه‌هنگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>						
آیا لازم است بیمار در مقصد در بیمارستان بستری گردد؟						
<input type="checkbox"/> بلی (همه‌هنگی جهت آمبولانس بر عهده بیمار است) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>						
پیشنهادها (تغذیه، دارو و ...):						
اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار مسئولیت اطلاعات پزشکی فوق را بر عهده می گیرم.						
تلفن تماس پزشک معالج: مهر و امضا پزشک معالج						
نظر پزشک هوایی/پزشک مقصد در مورد شرایط انتقال مسافر بیمار:						
تاریخ: مهر و امضا پزشک						

## تعهد نامه مسافر بیمار

اینجانب (بیمار/ همراه بیمار) ..... ضمن درخواست استفاده از خدمات مورد نیاز جهت حمل هوایی مسافر بیمار به مقصد مورد نظر، بدینوسیله آقا/خانم دکتر ..... را (به عنوان پزشک معتمد یا پزشک منتخب از سوی مرکز پزشکی هواپیمایی زاگرس) جهت بررسی وضعیت بیمار و اعلام نظر در این خصوص تا حدی که برای تعیین وضعیت و شرایط سلامت بیمار جهت انجام مسافرت هوایی از لحاظ طبی ضروری است، مجاز می دانم و در صورت لزوم نامبرده می تواند اطلاعات طبی مربوط به بیمار را در اختیار مراکز پزشکی دیگر خطوط هوایی یا مراکز دیگری که به لحاظ قانونی یا طبی مجاز به دستیابی به اطلاعات مذکور می باشند قرار دهد. اینجانب کاملاً اذعان داشته و تایید می نمایم که چنانچه وضعیت بیمار به لحاظ طبی جهت انجام مسافرت هوایی مساعد تشخیص داده شود. در این صورت مسافرت مطابق شرایط عمومی حمل شرکت هواپیمایی زاگرس (به عنوان متصدی حمل هوایی) و براساس نظام تعرفه ای آن انجام خواهد گرفت و لذا متصدی حمل هیچگونه مسئولیتی فراتر از آنچه را که در شرایط عمومی حمل و در نظام تعرفه ای آن مقرر شده است تقبل نمی نماید.

اینجانب با وقوف به مخاطرات مربوط به مسافرت هوایی شخصاً کلیه پیامدها مسائل ناشی از این سفر را که ممکن است در جریان سفر برای بیمار حادث گردد می پذیرم و بر همین اساس، متصدی حمل، مستخدمین، کارکنان و نمایندگان آن را به طور کامل در برابر کلیه مسئولیت های ناشی از این سفر از هر نوع که باشد مصون و میرا خواهیم نمود و در ضمن تایید می نمایم که تمامی هزینه ها و مخارج خاصی را که در ارتباط با حمل هوایی مسافر بیمار از سوی متصدی حمل تقبل شده است، به مجد درخواست متصدی حمل به وی پرداخت نمایم.

نام و شهرت بیمار/همراه بیمار

تاریخ و امضا

- اعتبار این برگ پس از تایید توسط پزشک هواپیمایی زاگرس 72 ساعت می باشد
- کادر پروازی هواپیما صرفاً دوره کمک های اولیه را دیده اند و مجاز به تزریق و یا تجویز دارو و همچنین مراقبت های خاص پزشکی نمی باشند.