



## **Antrag zum Blitzgutachten**

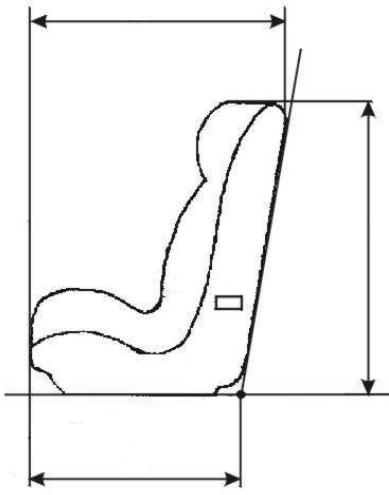
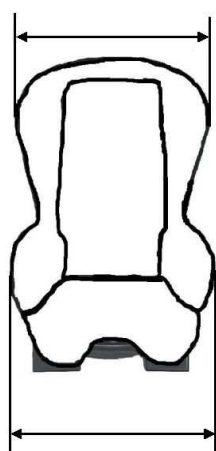
Stand 16. Mai 2008

Anträge für Eltern/ Begleitpersonen:	Seiten 2 bis 4
Antrag für den behandelnden Arzt:	Seite 5
Anträge für die Fluggesellschaften:	Seiten 6 bis 7

## Antrag zum Blitzgutachten für Kindersitze behinderter Kleinkinder und Kinder

Die Punkte 1 bis 3 sind vollständig von den Eltern/ Begleitperson(en) auszufüllen:

<b>1. Angaben zum Kind:</b>	a)	Name:	
	b)	Vorname:	
	c)	Telefonnummer/ E - Mail (Eltern):	
	d)	Alter:	
	e)	Gewicht:	
	f)	Art der Behinderung:	
	g)	Betreuung während des Fluges erforderlich:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		wenn ja, wie viele Personen:*	
	h)	Lebenserhaltende Maßnahmen:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		wenn ja, welcher Art:	
	i)	selbstständiges Sitzen möglich:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		wenn nein, Maßnahmen:	
	j)	selbstständiges Gehen möglich:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	k)	Rollstuhl in der Kabine erforderlich:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		Wenn ja, kann Kind alternativ auf Tragehilfe mit Dreipunktgurt kurzzeitig transportiert werden:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<p><b>* HINWEISE AN DIE BEGLEITPERSON/EN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Begleitpersonen werden <u>nicht</u> von der/ den jeweiligen Fluggesellschaft/en gestellt.</li> <li>Jedes behinderte Kleinkind/ Kind muss von einer/ mehreren für das Kleinkind oder Kind verantwortlichen erwachsenen Begleitperson/en begleitet werden.</li> <li>Die Begleitperson/en muss/ müssen während des gesamten Aufenthaltes an Bord unmittelbar den/ die dem behinderten Kleinkind/ Kind benachbarte/n Fluggastsitz/e einnehmen.</li> <li>Die Begleitperson/en muss/ müssen in der Lage sein, das Kleinkind/ Kind während des Fluges ohne Mithilfe der Besatzung zu betreuen und im Notlandefall zu evakuieren.</li> <li>Im Falle einer Evakuierung des Flugzeuges muss die Sitzhilfe in der Kabine verbleiben.</li> <li>In einem Notfall kann von behinderten Personen nur das Maß an Hilfe beansprucht werden, das in solch einem Falle allen anderen Passagieren zusteht.</li> <li>Die Sicherheit des Kindes kann, insbesondere im Notlandefall, nicht in gleicher Weise wie für andere Passagiere gewährleistet werden.</li> </ul>			

<b>2. Angaben zur Sitzhilfe:</b>	a)	Herstelleradresse:	
	b)	genaue Bezeichnung der Sitzhilfe:	
	c)	Abmessungen in mm (Maße an die Pfeile schreiben):	 <p>Seitenansicht der Sitzhilfe, jeweils maximale Maße angeben</p>  <p>maximale Breite der Rückenlehne</p> <p>maximale Breite der Sitzschale</p> <p>Vorderansicht der Sitzhilfe</p>
	d)	Art des Sitzes:	Rückwärtsgerichtet <input type="checkbox"/> Vorwärtsgerichtet <input type="checkbox"/>
	e)	Gurtsystem der Sitzhilfe:	4- Punkt <input type="checkbox"/> 5- Punkt <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>
		Wenn Andere, Beschreibung:	
	f)	Befestigungsart am Autositz:	2- Punkt- Gurt <input type="checkbox"/> 3- Punkt- Gurt <input type="checkbox"/> Isofix <input type="checkbox"/>
	g)	Abstützung der Sitzhilfe am Fußboden:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	h)	Kopie der Bedienungsanleitung beilegen	
i)	Fotos beilegen: Frontseite, Rückseite, Boden sowie linke und rechte Seitenansicht		

<b>3. Angaben zum Flug</b>	a)	Datum:	
	b)	Startort:	
	c)	Zielort:	
	d)	Buchungsklasse:	Business <input type="checkbox"/> Economy <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>
		Wenn Andere, welche:	
	e)	Gesamtanzahl Reisende:	
	f)	Fluggesellschaft des Zubringerfluges:	
	g)	Flugnummer Zubringerflug:	
	h)	Fluggesellschaft für Hinflug:	
	i)	Flugnummer Hinflug:	
	j)	Rückflug:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
		wenn ja, Datum Rückflug:	
	k)	Fluggesellschaft für Rückflug:	
	l)	Flugnummer Rückflug:	
	m)	Fluggesellschaft Abbringerflug:	
n)	Flugnummer Abbringerflug:		
o)	<b>Sind Hin- und Rückflug bei verschiedenen Fluggesellschaften geplant, muss das ausgefüllte Formblatt an <u>alle</u> Fluggesellschaften geschickt werden!</b>		

 \_\_\_\_\_  
 Datum, Ort

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Eltern/ Begleitperson(en)

**Folgendes Blatt ist vom behandelnden Arzt auszufüllen:<sup>1</sup>**

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_,  
dass mein Patient \_\_\_\_\_  
zur Beförderung im Flugzeug eine spezielle medizinische Sitzhilfe benötigt.  
Gleichzeitig bescheinige ich die Lufttransportfähigkeit des oben genannten Patienten.  
Anschrift der Arztpraxis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes  
mit Stempel

<sup>1</sup> Anmerkung: gegebenenfalls kann die Fluggesellschaft an dieser Stelle ein eigenes Formblatt verwenden

Die Punkte 4 bzw. 5 sind von der Fluggesellschaft auszufüllen			
<b>4. Angaben der Flug- gesell- schaft</b>	TÜV KRS Qualifizierung:		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, weiter bei 4.1; Wenn nein, weiter bei Punkt 5		
	4.1	ZUBRINGER:	
	a)	Datum und Uhrzeit:	
	b)	Flugnummer:	
	c)	LFZ- Muster:	
	d)	Cabin Layout Nummer:	
	e)	Bevorzugte Sitzreihen für behinderte Kinder:	
	4.2	HINFLUG:	
	a)	Datum und Uhrzeit:	
	b)	Flugnummer:	
	c)	LFZ- Muster:	
	d)	Cabin Layout Nummer:	
	e)	Bevorzugte Sitzreihen für behinderte Kinder:	
	4.3	RÜCKFLUG:	
	a)	Datum und Uhrzeit:	
	b)	Flugnummer:	
	c)	LFZ- Muster:	
	d)	Cabin Layout Nummer:	
	e)	Bevorzugte Sitzreihen für behinderte Kinder:	
	4.4	ABBRINGER:	
	a)	Datum und Uhrzeit:	
	b)	Flugnummer:	
	c)	LFZ- Muster:	
	d)	Cabin Layout Nummer:	
	e)	Bevorzugte Sitzreihen für behinderte Kinder:	
	4.5	ANSPRECHPARTNER DER FLUGGESELLSCHAFT:	
	a)	Name, Telefon, E - Mail:	
<b>Wenn Punkt 4 ausgefüllt wurde, entfällt Punkt 5!</b>			

<b>5. Erwei- terte Angaben der Flug- gesell- schaft</b>	5.1	<b>ZUBRINGER:</b>	
	a)	Datum und Uhrzeit:	
	b)	Flugnummer:	
	c)	LFZ- Muster:	
	d)	Cabin Layout beilegen	
	e)	Component Maintenance Manual der Sitze beilegen	
	f)	Bevorzugte Sitzreihen für behinderte Kinder:	
	5.2	<b>HINFLUG:</b>	
	a)	Datum und Uhrzeit:	
	b)	Flugnummer:	
	c)	LFZ- Muster:	
	d)	Cabin Layout beilegen	
	e)	Component Maintenance Manual der Sitze beilegen	
	f)	Bevorzugte Sitzreihen für behinderte Kinder:	
	5.3	<b>RÜCKFLUG:</b>	
	a)	Datum und Uhrzeit:	
	b)	Flugnummer:	
	c)	LFZ- Muster:	
	d)	Cabin Layout beilegen	
	e)	Component Maintenance Manual der Sitze beilegen	
	f)	Bevorzugte Sitzreihen für behinderte Kinder:	
	5.4	<b>ABBRINGER:</b>	
	a)	Datum und Uhrzeit:	
	b)	Flugnummer	
	c)	LFZ- Muster	
	d)	Cabin Layout beilegen	
	e)	Component Maintenance Manual der Sitze beilegen	
	f)	Bevorzugte Sitzreihen für behinderte Kinder:	
5.5	<b>ANSPRECHPARTNER DER FLUGGESELLSCHAFT:</b>		
a)	Name, Telefon, E - Mail:		

---

 Datum, Ort

---

 Unterschrift der Fluggesellschaft