INFORMATION ABOUT MEDICAL CONDITIONS - Form A2

To be completed in CAPITAL LETTERS otherwise the request might be refused

Gästename _____ Buchungsnr. _____ Schiff _____ Abfahrtsdatum _____

Sehr geehrter Gast,
es ist wichtig für Ihre eigene Sicherheit und Ihr Wohlbefinden während der Kreuzfahrt, dass wir über alle medizinischen Probleme oder Krankheiten informiert sind. Wir bitten Sie, uns so viele Informationen wie möglich zur Verfügung zu stellen. Bitte verwenden Sie bei Bedarf zusätzliche Seiten.

1. Haben Sie eine Krankheit oder andere gesundheitliche Einschränkungen? JA NEIN

Wenn ja, bitte listen Sie diese hier auf und lassen Sie zusätzlich das Formblatt A3 von Ihrem Arzt ausfüllen.

---

2. **Nehmen Sie Medikamente? JA NEIN**

Wenn ja, listen Sie diese bitte hier auf.

Müssen die Medikamente gekühlt gelagert werden? JA NEIN

Wenn ja, bitte beachten Sie, dass alle Kabinen, außer auf der Costa Smeralda, eine Minibar haben. Sollte dies nicht ausreichend sein, teilen Sie uns dies bitte mit. Es ist wichtig, dass Sie all Ihre Medikamente und deren Beipackzettel in der benötigten Menge mit an Bord nehmen. Wir empfehlen Ihnen diese in Ihrem Handgepäck mit sich zu führen.

---

3. Liegt bei Ihnen eine Art der Behinderung vor? JA NEIN

Wenn ja, listen Sie diese bitte hier auf.

---

4. Benötigen Sie Unterstützung in Ihrem täglichen Tagesablauf, wie z. B. beim Anziehen, Waschen, Essen, Gehen etc.? JA NEIN

Wenn ja, nennen Sie hier bitte den Namen Ihrer Begleitperson, die Sie dabei unterstützt.

---

5. Bringen Sie flüssigen Sauerstoff mit an Bord? JA NEIN

Wenn ja, wie oft muss die Sauerstoffflasche aufgefüllt werden?

---

6. Wenn Sie eine Bauchfelldialyse benötigen, können Sie diese selbstständig durchführen? JA NEIN

Wenn nein, nennen Sie uns bitte den Namen Ihrer Begleitperson, die Sie dabei unterstützt.

Datum: _____ Unterschrift Gast: _____