

Medical Certificate

Medizinische Informationen



For a long term sailing trip aboard sail training ship Eye of the Wind.

Date and port of embarkation: Month: Day: Year: Port & Country:

Date and port of disembarkation: Month: Day: Year: Port & Country:

für eine Langzeit-Reise an Bord des Segelschiffs Eye of the Wind.

Datum und Hafen der Einschiffung: (Monat / Tag / Jahr / Ort und Land)

Datum und Hafen der Ausschiffung: (Monat / Tag / Jahr / Ort und Land)

Please hand this form out to your personal physician.

Für die Reise benötigen wir eine ärztliche Beurteilung zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Bitte geben Sie diesen Fragebogen an Ihren Hausarzt oder behandelnden Arzt weiter.

This part of the form must be completed in English or using international medical terms.

Dear Doctor: Our traveler is planning a long term sailing trip cruise where sophisticated medical facilities will be unavailable. Our vessel has a medical trained crew and a small infirmary on board. Travelers don't have to participate in sailing activities but it can get rough and slippery by moving around on the ship. We would like to be sure that each of our guests are in adequate medical and physical condition for the voyage and that our Captain and crew are fully alerted to any potential health problems. We would appreciate your evaluation of:

Sehr geehrter Hausarzt, Ihr Patient plant eine Langzeit-Segelreise, bei der es kein medizinisches Versorgungsnetz gibt. Das Schiff verfügt über eine medizinisch geschulte Crew und eine Basisausstattung an Medikamenten. Die Passagiere müssen nicht aktiv an den Segelmanövern teilnehmen, aber es kann bei rauem Wetter rutschig werden, wenn man sich auf dem Schiff bewegt. Wir möchten uns versichern, dass jeder unserer Passagiere in einer guten körperlichen Verfassung für die Reise ist, damit der Kapitän und die Crew über eventuelle Gesundheitsprobleme informiert sind. Bitte beantworten Sie dafür die folgenden Fragen zu Ihrem Patienten (bitte in Englisch):

Name:
(Name des Patienten)

Date of birth – Month: Day: Year:
(Geburtsdatum)

Height: Weight:
(Größe) (Gewicht)

Evaluate general health: Not good Fair Good Excellent
(Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes) (nicht gut / mittelmäßig / gut / ausgezeichnet)

Evaluate physical conditions/stamina: Not good Fair Good Excellent
(Einschätzung der physischen Kondition und Ausdauer) (nicht gut / mittelmäßig / gut / ausgezeichnet)

Pathological conditions that our captain should be aware

.....
.....
(Gibt es medizinische Informationen, über die die für Medizin zuständige Person an Bord informiert sein muss?)

Oxygen therapy required on a regular basis? Yes No Describe the condition:
.....
(Benötigen Sie dauerhaft externen Sauerstoff?) (ja / nein / Bitte beschreiben Sie den Zustand.)

Pregnancy If checked, how many months?
(Sind Sie schwanger?) (Wenn ja, in welchem Monat?)

Does the patient have any mobility issue that would prevent him from moving around when sea is rough? Yes No If you replied YES to the previous question, please check the following:
 Wheelchair Prosthetic Limb Cane Walker
(Hat der Patient körperliche Einschränkungen, um sich in rauer See auf dem Schiff zu bewegen?) (ja) (nein) (Wenn die vorherige Frage mit Ja beantwortet wurde, bitte ergänzen Sie folgende Information) (Rollstuhl) (Prothese) (Gehstock) (Gehilfe)

List all surgeries in the last ten years:
.....
.....
(Bitte listen Sie alle Operationen der letzten 10 Jahre auf)

Hospitalization other than surgeries in the last ten years:

.....
.....

(Krankenhausaufenthalte ohne Operation in den letzten 10 Jahren)

Drug Allergies :
(Arzneimittel-Allergien)

List all medication taken at this time and dosages:

.....

(Bitte listen Sie alle aktuell benötigten Medikamente und Dosierung auf.)

Dietary restrictions? If yes, what are they?

.....

(Einschränkungen bei Lebensmitteln.) (Wenn ja, welche?)

This evaluation pertains to the date in which it is made and to all the pre-existing and current medical condition of the passenger. It does not indicate nor imply on medical condition that might occur after the evaluation is made. If there is need of more space to complete the information please print and annex to this page. Thank you for your help.

(Diese Einschätzung bezieht vorherige Erkrankungen ein sowie den momentanen Gesundheitszustand des Patienten. Eine Einschätzung über etwaige Erkrankungen zu einem späteren Zeitpunkt kann selbstverständlich nicht gegeben werden. Wir bedanken uns vielmals für Ihre Hilfe.)

Doctor's Name: (Please printed letters)

.....

(Name des Arztes)

Date:

(Datum)

Doctor's Signature: Code: Registry number:

(Unterschrift / Stempel des Arztes) (Code) (Registrierungsnummer)

Telephone: Fax number:

(Telefon) (Fax)

City: State, Country:

(Stadt) (Land)

Vom Passagier auszufüllen:

Haben Sie eine Auslandsreisekrankenversicherung mit Krankenrücktransport abgeschlossen?

Ja Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen) Versicherungsscheinnummer:

Name der Versicherung:

Notfall-Telefonnummer der Versicherung:

An
FORUM train & sail GmbH
Mandichostr. 18

86504 Merching

oder per Fax an:

+49 (0)8233 381-9943