

MEDICAL CLEARANCE FORM / FORMULÁŘ POTVRZUJÍCÍ ZPŮSOBILOST K PŘEPRAVĚ

INFORMATION ABOUT PASSENGER: / INFORMACE O CESTUJÍCÍM:
(To be filled in by passenger / Vyplněno cestujícím)

Passenger's name / Jméno cestujícího

Flight Number / Číslo letu

Date of Flight / Datum letu

From > To / Odlet z > Přilet do

Duration of flight / Doba trvání letu

Reservation code / Rezervační kód
in case of electronic bookings / v případě elektronické rezervace

Street & Number / Ulice a číslo

City & ZIP code / Město a PSČ

Country / Země

Email / E-mail

Phone no. / Kontaktní tel. číslo

HEALTH STATUS OF PASSENGER / ZDRAVOTNÍ STAV CESTUJÍCÍHO:
(To be filled in by physician / Vyplněno ošetřujícím lékařem)

If any of the following conditions apply to your patient, please complete this Medical Clearance Form. / Jestliže se některé z níže uvedených podmínek týkají Vašeho pacienta, vyplňte prosím tento Formulář potvrzující způsobilost k přepravě.

Diagnosis / Diagnóza:

(Please cross applicable / Zaškrtněte prosím)

Heart attack (within 21 days of intended travel) / Infarkt myokardu (21 dní a méně před plánovanou cestou)

Stroke (within 10 days of intended travel) / Mozková mrtvice (10 dnů a méně před plánovanou cestou)

Infants – newborn babies (within 7 days of birth) / Čerstvě narozené děti (7 dní a méně po porodu)

Decompression sickness / Dekompresní (kesonová) nemoc

Pneumothorax (within 14 days of resolution) / Pneumotorax (14 dní a méně od události)

Requirement for stretcher / Požadavek na nosítka

Inability to sit upright / Neschopnost sedět vzpřímeně

Head injury (within 14 days of intended travel) / Poranění hlavy (14 dní a méně před plánovanou cestou)

Fractures (except for uncomplicated fractures of upper limbs and fingers of upper limbs) /
Zlomeniny (kromě nekomplikovaných zlomenin horních končetin a prstů horních končetin)

Plaster cast (except for plaster cast on upper limbs and fingers of upper limbs) /
Sádra (kromě sádry na horních končetinách a na prstech horních končetin)

Deep vein thrombosis / Hluboká žilní trombóza

Psychiatric disorder (must travel with an escort sitting in adjacent seat) /
Těžká duševní porucha (musí cestovat s doprovodem, který má zajištěno vedlejší sedadlo)

Any serious or acute infectious disease (incl. chickenpox), please specify /
Jakákoliv vážná nebo akutní infekční nemoc (včetně planých neštovic), prosím specifikujte:

Other diagnosis (please specify) / Jiná diagnóza (prosím specifikujte):

MEDICAL CLEARANCE FORM / FORMULÁŘ POTVRZUJÍCÍ ZPŮSOBILOST K PŘEPRAVĚ

Prognosis for the flight(s) / Prognóza pro let(y):
(Please cross applicable / Zaškrtněte prosím)

This is to certify that the above named passenger is fit to travel on the proposed flight(s) without any extra service or assistance.
Potvrzuji, že výše jmenovaný cestující je schopen letecké přepravy na uvedených letech bez požadavku na speciální služby nebo asistenci.

This is to certify that the above named passenger is fit to travel on the proposed flight(s) but needs extra service or assistance. Required extra service or assistance is specified in attached Medical Information Form (MEDIF).
Potvrzuji, že výše jmenovaný cestující je schopen letecké přepravy na uvedených letech, ale vyžaduje speciální služby nebo asistenci. Požadavky na speciální služby nebo asistenci jsou specifikovány v příloženém zdravotním formuláři (MEDIF).

This is to certify that the above named passenger is not fit to travel on the proposed flight(s).
Potvrzuji, že výše jmenovaný cestující není schopen letecké přepravy na uvedených letech.

Physician's name / Jméno lékaře:

Qualification / Obor :

Address / Adresa:

Phone no. / Telefon:

Date / Datum:

Signature / Podpis:

This form must be returned to: / Tento formulář musí být odeslán:

- Tour Operator (applicable for clients of Tour Operators) / Cestovní kanceláři (platí pro klienty cestovních kanceláří) or/nebo
- Travel Service Group (Smart Wings) Customer Care Department (applicable for all other clients) / Oddělení péče o zákazníky skupiny Travel Service (Smart Wings) (platí pro všechny ostatní klienty).

Travel Service Group (Smart Wings) Customer Care Department contact details /
Kontakty na Oddělení péče o zákazníky skupiny Travel Service (Smart Wings):

Email: flights@smartwings.com

MEDICAL CLEARANCE FORM is valid up to 14 days from the date of issue.

FORMULÁŘ POTVRZUJÍCÍ ZPŮSOBILOST K PŘEPRAVĚ je platný po dobu 14 dní od data vystavení.