

اطلاعات پزشکی

Contact Phone تلفن تماس	Destination مقصد	Sex جنسیت F <input type="checkbox"/> زن M <input type="checkbox"/> مرد	Age سن	Name & Family name نام و نام خانوادگی
Medical History شرح حال بیماری				
Final Diagnosis تشخیص نهایی بیماری				
Date of Diagnosis تاریخ تشخیص				
آیا بیماری واگیردار و مسری می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی توضیحات:				
Contagious And Communicable Disease ? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Remarks:				
آیا وضعیت بیماری برای سایر مسافران ایجاد ناراحتی می کند؟ (بو، وضع ظاهری، رفتار و ...) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی توضیحات:				
Is the patient's condition likely to be a source of discomfort to other passengers (color, appearance, conduct) No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Remarks:				
شرایط انتقال بیمار به هواپیما چگونه می باشد؟ معمولی <input type="checkbox"/> از طریق بالابر <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/>				
Transferring to the Airplane: Regular <input type="checkbox"/> Elevator <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/>				
وضعیت استقرار بیمار داخل هواپیما چگونه است؟ صندلی معمولی (امکان قرارگرفتن پشتی صندلی در حالت قائم) <input type="checkbox"/> استفاده از صندلی اضافی <input type="checkbox"/> استفاده از تخت <input type="checkbox"/>				
Position of the Patient Onboard: Regular Seat <input type="checkbox"/> Extra Seat <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار در طول پرواز نیازمند مراقبت می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> همراه عادی <input type="checkbox"/> کنترل علائم حیاتی <input type="checkbox"/> دارو درمانی <input type="checkbox"/>				
Does the Patient Needs Special Care Onboard ? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Normal Attendant <input type="checkbox"/> Control of Vital Sign <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار نیاز به اکسیژن دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (میزان ... لیتر در دقیقه) <input type="checkbox"/> بطور دائم <input type="checkbox"/> در صورت نیاز <input type="checkbox"/>				
Oxygen Demand : No <input type="checkbox"/> Yes (Rate of Flow ... Lit/ Min) <input type="checkbox"/> Continuous <input type="checkbox"/> On Demand <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار در مقصد نیازمند آمبولانس می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (هماهنگی جهت آمبولانس برعهده بیمار است) <input type="checkbox"/>				
Does the Patient Needs Ambulance on Destination ? No <input type="checkbox"/> Yes (Coordination for Ambulance should be done by the Patient) <input type="checkbox"/>				
آیا لازم است بیمار در مقصد در بیمارستان بستری گردد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (هماهنگی جهت بستری برعهده بیمار است) <input type="checkbox"/>				
Does the Patient Needs Hospitalization on Destination ? No <input type="checkbox"/> yes (Coordination for Hospitalization should be done by the Patient) <input type="checkbox"/>				
پیشنهادهای (تغذیه، دارو و ...):				
Suggestions (Diet, Medication,...):				
اینجانب دکتر		پزشک معالج بیمار		مسئولیت اطلاعات پزشکی فوق را برعهده می گیرم.
It is		Accept the responsibility of the above mentioned information.		Attending Physician of the Patient
تلفن تماس پزشک معالج:		مهر و امضاء پزشک معالج:		Contact Phone of the Physician :
Signature of the Attending Physician :		Date :		Sig. of airline trustee Physician :
Considerations of the airline trustee Physician for carriage of the patient :				
نظر پزشک هوایی / پزشک معتمد در مورد شرایط انتقال مسافر بیمار :				
تاریخ:				
مهر و امضاء پزشک:				
Date :				
- This form is valid for 48 hours after clearance of the airline trustee physician.				
- اعتبار این برگ پس از تأیید توسط پزشک "هما" ۴۸ ساعت می باشد.				
- مهمانداران هواپیما صرفاً "دوره کمکهای اولیه را دیده اند و مجاز به تزریق یا تجویز دارو و همچنین مراقبتهای خاص پزشکی نمی باشند.				
- Cabin attendants are trained only in FIRST AID and are NOT PERMITTED to administer any injection or to give medication.				

اطلاعات پزشکی

Contact Phone تلفن تماس	Destination مقصد	Sex جنسیت F <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	Age سن	Name & Family name نام و نام خانوادگی
Medical History شرح حال بیماری				
Final Diagnosis تشخیص نهایی بیماری				
Date of Diagnosis تاریخ تشخیص				
آیا بیماری واگیردار و مسری می باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> توضیحات: _____				
Contagious And Communicable Disease ? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Remarks:				
آیا وضعیت بیماری برای سایر مسافران ایجاد ناراحتی می کند؟ (بو، وضع ظاهری، رفتار و ...) خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> توضیحات: _____				
Is the patient's condition likely to be a source of discomfort to other passengers (color, appearance, conduct) No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Remarks:				
شرایط انتقال بیمار به هواپیما چگونه می باشد؟ معمولی <input type="checkbox"/> از طریق بالابر <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/>				
Transferring to the Airplane: Regular <input type="checkbox"/> Elevator <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/>				
وضعیت استقرار بیمار داخل هواپیما چگونه است؟ صندلی معمولی (امکان قرارگرفتن پشتی صندلی در حالت قائم) <input type="checkbox"/> استفاده از صندلی اضافی <input type="checkbox"/> استفاده از تخت <input type="checkbox"/>				
Position of the Patient Onboard: Regular Seat <input type="checkbox"/> Extra Seat <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار در طول پرواز نیازمند مراقبت می باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> همراه عادی <input type="checkbox"/> کنترل علائم حیاتی <input type="checkbox"/> دارو درمانی <input type="checkbox"/>				
Does the Patient Needs Special Care Onboard ? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Normal Attendant <input type="checkbox"/> Control of Vital Sign <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار نیاز به اکسیژن دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی (میزان ... لیتر در دقیقه) <input type="checkbox"/> بطور دائم <input type="checkbox"/> در صورت نیاز <input type="checkbox"/>				
Oxygen Demand : No <input type="checkbox"/> Yes (Rate of Flow ... Lit/ Min) <input type="checkbox"/> Continuous <input type="checkbox"/> On Demand <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار در مقصد نیازمند آمبولانس می باشد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی (هماهنگی جهت آمبولانس برعهده بیمار است) <input type="checkbox"/>				
Does the Patient Needs Ambulance on Destination ? No <input type="checkbox"/> Yes (Coordination for Ambulance should be done by the Patient) <input type="checkbox"/>				
آیا لازم است بیمار در مقصد در بیمارستان بستری گردد؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی (هماهنگی جهت بستری برعهده بیمار است) <input type="checkbox"/>				
Does the Patient Needs Hospitalization on Destination ? No <input type="checkbox"/> yes (Coordination for Hospitalization should be done by the Patient) <input type="checkbox"/>				
پیشنهادها (تغذیه، دارو و ...): _____				
Suggestions (Diet, Medication,...):				
اینجانب دکتر		پزشک معالج بیمار		مسئولیت اطلاعات پزشکی فوق را برعهده می گیرم.
It is		Accept the responsibility of the above mentioned information.		Attending Physician of the Patient
تلفن تماس پزشک معالج:		مهر و امضاء پزشک معالج:		
Contact Phone of the Physician :		Signature of the Attending Physician :		
Considerations of the airline trustee Physician for carriage of the patient : نظر پزشک هوایی / پزشک معتمد در مورد شرایط انتقال مسافر بیمار :				
مهر و امضاء پزشک:		تاریخ:		
Sig. of airline trustee Physician :		Date :		
- This form is valid for 48 hours after clearance of the airline trustee physician. - اعتبار این برگ پس از تأیید توسط پزشک "هما" ۴۸ ساعت می باشد. - مهمانداران هواپیما صرفاً "دوره کمکهای اولیه را دیده اند و مجاز به تزریق یا تجویز دارو و همچنین مراقبتهای خاص پزشکی نمی باشند. - Cabin attendants are trained only in FIRST AID and are NOT PERMITTED to administer any injection or to give medication.				

Contact Phone تلفن تماس	Destination مقصد	Sex جنسیت F زن <input type="checkbox"/> M مرد <input type="checkbox"/>	Age سن	Name & Family name نام و نام خانوادگی
Medical History شرح حال بیماری				
Final Diagnosis تشخیص نهایی بیماری				
Date of Diagnosis تاریخ تشخیص				
آیا بیماری واگیردار و مسری می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> توضیحات:				
Contagious And Communicable Disease ? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Remarks:				
آیا وضعیت بیماری برای سایر مسافران ایجاد ناراحتی می کند؟ (بو، وضع ظاهری، رفتار و ...) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> توضیحات:				
Is the patient's condition likely to be a source of discomfort to other passengers (color, appearance, conduct) No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Remarks:				
شرایط انتقال بیمار به هواپیما چگونه می باشد؟ معمولی <input type="checkbox"/> از طریق بالابر <input type="checkbox"/> صندلی چرخدار <input type="checkbox"/> برانکار <input type="checkbox"/>				
Transferring to the Airplane: Regular <input type="checkbox"/> Elevator <input type="checkbox"/> Wheelchair <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/>				
وضعیت استقرار بیمار داخل هواپیما چگونه است؟ صندلی معمولی (امکان قرارگرفتن پشتی صندلی در حالت قائم) <input type="checkbox"/> استفاده از صندلی اضافی <input type="checkbox"/> استفاده از تخت <input type="checkbox"/>				
Position of the Patient Onboard: Regular Seat <input type="checkbox"/> Extra Seat <input type="checkbox"/> Stretcher <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار در طول پرواز نیازمند مراقبت می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> همراه عادی <input type="checkbox"/> کنترل علائم حیاتی <input type="checkbox"/> دارو درمانی <input type="checkbox"/>				
Does the Patient Needs Special Care Onboard ? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Normal Attendant <input type="checkbox"/> Control of Vital Sign <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار نیاز به اکسیژن دارد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (میزان ... لیتر در دقیقه) <input type="checkbox"/> بطور دائم <input type="checkbox"/> در صورت نیاز <input type="checkbox"/>				
Oxygen Demand : No <input type="checkbox"/> Yes (Rate of Flow ... Lit/ Min) <input type="checkbox"/> Continuous <input type="checkbox"/> On Demand <input type="checkbox"/>				
آیا بیمار در مقصد نیازمند آمبولانس می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (هماهنگی جهت آمبولانس برعهده بیمار است) <input type="checkbox"/>				
Does the Patient Needs Ambulance on Destination ? No <input type="checkbox"/> Yes (Coordination for Ambulance should be done by the Patient) <input type="checkbox"/>				
آیا لازم است بیمار در مقصد در بیمارستان بستری گردد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (هماهنگی جهت بستری برعهده بیمار است) <input type="checkbox"/>				
Does the Patient Needs Hospitalization on Destination ? No <input type="checkbox"/> yes (Coordination for Hospitalization should be done by the Patient) <input type="checkbox"/>				
پیشنهادها (تغذیه، دارو و ...):				
Suggestions (Diet, Medication,...):				
اینجانب دکتر		پزشک معالج بیمار		
It is		Accept the responsibility of the above mentioned information.		
Attending Physician of the Patient		مهر و امضاء پزشک معالج:		
Contact Phone of the Physician :		Signature of the Attending Physician :		
Considerations of the airline trustee Physician for carriage of the patient : نظر پزشک هوایی / پزشک معتمد در مورد شرایط انتقال مسافر بیمار :				
مهر و امضاء پزشک: تاریخ:				
Sig. of airline trustee Physician : Date :				
- This form is valid for 48 hours after clearance of the airline trustee physician. - اعتبار این برگ پس از تأیید توسط پزشک "هما" ۴۸ ساعت می باشد.				
- مهمانداران هواپیما صرفاً "دوره کمکهای اولیه را دیده اند و مجاز به تزریق یا تجویز دارو و همچنین مراقبتهای خاص پزشکی نمی باشند.				
- Cabin attendants are trained only in FIRST AID and are NOT PERMITTED to administer any injection or to give medication.				

تعهدنامه مسافر بیمار

اینجانب (بیمار/ همراه بیمار) ضمن درخواست استفاده از خدمات مورد نیاز جهت حمل هوایی مسافری بیمار به مقصد مورد نظر، بدینوسیله آقا/ خانم دکتر..... را (به عنوان پزشک معتمد یا پزشک منتخب از سوی مرکز پزشکی هوایی "هما") 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 و یا مراکز دیگری که به لحاظ قانونی و یا طبی مجاز به دستیابی به اطلاعات مذکور می باشند، قرار دهد. اینجانب کاملاً اذعان داشته و تأیید 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 جمهوری اسلامی ایران (به عنوان متصدی حمل هوایی) و بر اساس نظام تعرفه ای آن انجام خواهد گرفت و لذا، متصدی حمل هیچگونه مسؤولیتی 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 و مسائل احتمالی 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 مسؤولیت های ناشی از این سفر از هر نوع که باشد، مصون و مبرا خواهم نمود و در ضمن تأیید مینمایم که تمامی هزینه ها و مخارج خاصی را که در ارتباط با حمل هوایی مسافری بیمار از سوی متصدی حمل تقبل شده است، به مجرد درخواست متصدی حمل به وی پرداخت نمایم.

نام و شهرت بیمار/ همراه بیمار

تاریخ و امضاء

Sick Passenger's Declaration

This is (Patient/Patient Participant)..... while requesting for any and all the services needed for the carriage of the Patient by air to his/her destination, hereby authorize doctor.....(as a trusted and/or designated physician from the Iran Air Medical Centre) to give his/her medical advice about the Patient's general health condition to the extent required to determine the Patient's fitness and condition for an air travel from the medical point of view and if necessary to release/disclose any such medical information to any other airlines' medical centers as well as to any relevant sources those who are legally and/or medically allowed to have access to such information without any liability whatsoever which may arise out of any such disclosure.

I fully understand and confirm that when the patient has medically been found fit for the air travel, the journey will be made in accordance with the airline's General Conditions of the Carriage and according to its applicable tariffs and thus, the air carrier/airline shall not assume any further liability other than those laid down in its General Conditions of the Carriage as well as in its tariffs. I personally at my own full risk confirm that I accept any and all consequences whatsoever may the air traveling cause to the Patient's health condition and as a result, I shall fully indemnify the air carrier, its servants, employees and agents from and against any and all liabilities arising there from and also agree and confirm to reimburse to the carrier upon its demand any and all the particular costs and expenses incurred and borne by the carrier in relation to the Patient's carriage by air.

Patient/ Patient Participant's name & surname

Date & signature

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.