



[LOGO IOM]

## TEIL A : Medizinischer Bericht

Es ist zwingend, Teil A (Seiten 1-3) auszufüllen, ausgenommen ein separater und vollständiger medizinischer Bericht ist angefügt. Wenn dies der Fall ist, bitte hier bestätigen: **X Ich bestätige, ein separater und kompletter medizinischer Bericht ist angefügt.** Dann bitte bei Teil B auf Seite 4 fortfahren.

### A1. Diagnose

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

### A2. Kurze Anamnese (vergangene Krankheiten, welche relevant sind für die Reise, Ankunft, Reintegration oder Weiterversorgung)

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

X Keine verfügbar

### A3. Vitalparameter :

Zwingend sind Vitalparameter für folgende Patienten: ältere Menschen, Leute mit fortgeschrittenen Krankheiten oder Krankheiten im Endstadium, kardiovaskuläre oder respiratorische Erkrankungen, Nierenkrankheiten, Blutkrankheiten oder andere, gemäss Ihrer klinischen Beurteilung. Bitte notieren Sie nur die Vitalparameter, welche gemessen wurden. Alle anderen Felder sollten mit "ND" (not done) bezeichnet werden.

a. Temperatur (° C)	NICHT AUS	b. Sauerstoffsättigung	NICHT AUSFÜLLEN
c. Blutdruck (MmHg)	NICHT AUS	d. Atemfrequenz	NICHT AUSFÜLLEN
e. Puls Rate pro Minute	NICHT AUS		

Datum der Messungen NICHT AUSFÜLLEN

[LOGO IOM]

**A4. Hauptergebnisse der körperlichen Untersuchung**

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

Datum der Untersuchung NICHT AUSFÜLLEN

X Keine

**A5. Relevante Laborbefunde**

X Nicht zutreffend

X Falls zutreffend, bitte Laborergebnisse beifügen

**A6. Aktuelle Behandlungen, einschliesslich Namen und Dosierung von Medikamenten (oder separates Blatt mit Verordnung anfügen)**

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

X Momentan keine Behandlung X Keine verschriebene Medikamente

**A7. Empfehlungen für Folgeuntersuchungen und Behandlungen, einschliesslich Zeitrahmen der Folgeuntersuchungen ("sofort", "innerhalb von x Tagen/Monaten",...)**

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

X Keine Folgeuntersuchungen nötig

**\* Weiter zu Teil B \***

[LOGO IOM]

## TEIL B : Reisefähigkeit und Reisevorbereitungen

Es ist zwingend Teil B für alle Patienten auszufüllen

**B1. Gibt es offenkundige medizinische Gründe, die offensichtlich die Fähigkeit des Patienten einschränken, seine Entscheidung über seine Rückkehr zu treffen?**

X Nein X Ja ([bitte Gutachten anfügen](#))

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN

**B2. Ist der Patient Ihrer ärztlichen Meinung nach in seinem Zustand, zum Zeitpunkt der Gesundheitsprüfung, reisefähig?**

X Ja ([weiter zu Frage B3](#)) X Nein ([weiter zu Frage B4](#)) X Fraglich / unsicher ([unten kommentieren](#))

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN

**B3. Falls der Patient reisefähig ist, benötigt er eine Begleitperson für den Flug?**

X Ja ([erläutern Sie bei der nächsten Frage die Art der nötigen Begleitung](#)) X Nein

**B4. Falls der Patient nicht reisefähig ist: Was muss für die Stabilisierung des Patienten getan werden?**

[unten kommentieren](#)

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN

**B5. Benötigt der Patient/die Patientin Unterstützung mit Essen, Kommunikation (zum Beispiel Hör- oder Sehprobleme) oder auf der Toilette?**

X Nein X Ja ([unten erläutern](#))

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN

[LOGO IOM]

**B6. Hat der Patient eine oder mehrere der folgenden Mobilitätsprobleme?** Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an

- X Der Patient hat keine Mobilitätsprobleme
- X Kann nicht für 30min aufrecht sitzen (während Flugstart/Landung): benötigt Trage
- X Kann während Flugstart/Landung sitzen, muss aber während dem Flug abliegen: Business Class Sitz
- X Kann im Flugzeug nicht herumlaufen: Rollstuhl zur Sitz
- X Kann im Flugzeug herumlaufen, aber hat Schwierigkeiten, Treppen zu laufen: Rollstuhl zur Kabine
- X Ist mobil, wird aber schnell müde: Rollstuhl
- X Andere (bitte präzisieren) NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN

**B7. Empfohlene Reisevorbereitungen** (bitte alle treffenden ankreuzen)

- X Benötigt keine speziellen Reisevorbereitungen
- X Diabetische Mahlzeit
- X Mobilität: Rollstuhl (laut B6)
- X Mobilität: Business Class / Sitz am Gang (laut B6)
- X Mobilität: Trage (laut B6)
- X Mobilität: Sitz nahe zur Toilette
- X Mobilität: Luftbrücke zum Flugzeug
- X Ambulanz für Transfer benötigt
- X Andere NICHT AUSFÜLLEN
- X Begleitperson: Arzt
- X Begleitperson: Krankenpfleger/Sanitäter
- X Begleitperson: operationelle/«soziale»
- X Begleitperson: Familie
- X Inkontinenz: Urinkatheter
- X Inkontinenz: Windeln
- X Sauerstoff Flowrate: XX L/Min
- X Sauerstoff: in Reserve

**\* Ende des zwingenden Teils \***

**Bitte den nächsten Teil nur ausfüllen, wenn Patient folgende Leiden hat: psychische Krankheit (C.I), und/oder Substanzmissbrauch (C.II), und/oder Epilepsie (D)**

[LOGO IOM]

## TEIL C.I - Psychische Krankheiten, Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit

**X Der Patient hat keine psychische Krankheit oder Beeinträchtigung, inklusive Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit (Sie können diesen Teil überspringen)**

Für alle Personen die an psychischen Krankheiten, Substanzmissbrauch oder Drogenabhängigkeit leiden, bitte ebenfalls Fragen C7 – C10 beantworten

**C1. Zeigt die Person momentan psychotisches/abnormales Verhalten?**

X Nein X Ja (Bitte unten erläutern)

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

**C2. Zeigte die Person in der Vergangenheit psychotisches/abnormales Verhalten?**

X Nein X Ja (Bitte unten erläutern und Datum angeben)

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

**C3. Zeigt die Person momentan aggressives Verhalten gegenüber sich selbst oder anderen?**

X Nein X Ja (Bitte unten erläutern)

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

**C4. Verhielt sich die Person in der Vergangenheit aggressiv gegenüber sich selbst oder anderen?**

X Nein X Ja (Bitte unten erläutern und Datum angeben)

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

**C5. Hat der Patient jemals Medikamente verweigert?**

X Nein X Ja (Bitte geben Sie unten das Datum und den Grund an)

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUS

[LOGO IOM]

**C6. Nach Ihrem Wissen, flüchtete der Patient jemals aus einem Spital oder einer Institution?**

X Nein X Ja (Bitte geben Sie unten das Datum und den Grund an)

NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN NICHT AUSFÜLLEN

## TEIL C.II – Substanzmissbrauch und/oder Drogenabhängigkeit

X Es liegt kein Substanzmissbrauch und/oder Drogenabhängigkeit vor (diesen Teil überspringen)  
Falls der Patient/die Patientin unter Substanzmissbrauch und/oder Drogenabhängigkeit leidet, bitte  
sichergehen dass Teil C.I ebenfalls ausgefüllt ist.

**C7. Nach Ihrem Wissen, wann hat die Person angefangen Drogen zu nehmen?**

Datum NICHT AUSFÜLLEN X Unbekannt

**C8. Befindet sich die Person derzeit in einer medizinisch überwachten Substitutionsbehandlung?**

X Ja (bitte unten präzisieren)

X Methadone	Seit NICHT AUSFÜLLEN NICHT	Dosierung XXmg/Tag
X Buprenorphine	Seit NICHT AUSFÜLLEN NICHT	Dosierung XXmg/Tag
X Morphine *	Seit NICHT AUSFÜLLEN NICHT	Dosierung XXmg/Tag
X Naloxone *	Seit NICHT AUSFÜLLEN NICHT	Dosierung XXmg/Tag
X Andere *	Seit NICHT AUSFÜLLEN NICHT	Dosierung XXmg/Tag

\* Kann die Person sicher auf Methadon umsteigen? X Ja X Nein

X Nein: ist aber gewillt eine Drogensatztherapie zu beginnen

X Nein: und ist unwillig eine Drogensatztherapie zu beginnen

X Nein: Drogensatztherapie ist verordnet aber Patient nicht kooperationsbereit

X Nein : andere Gründe (bitte benennen) NICHT AUSFÜLLEN

**C9. Nimmt der Patient nach Ihrem Wissen andere Substanzen ein während der Drogensatztherapie?**

X Nein X Ja (bitte präzisieren) NICHT AUSFÜLLEN

**C10. Haben Sie Entzugserscheinungen festgestellt?**

X Nein X Ja (bitte präzisieren) NICHT AUSFÜLLEN

**\* Ende der Teil C \***

[LOGO IOM]

## TEIL D - Epilepsie

**X Der Patient leidet nicht unter Epilepsie oder Anfallsleiden (Sie können diesen Teil überspringen)**

### D1. Ist die Epilepsie unter Kontrolle?

X Ja (bitte Name der Medikamente eingeben)

X Nein (bitte präzisieren)

### D2. Nimmt der Patient Medikamente willig ein?

X Ja X Nein (bitte präzisieren)

### D3. Bitte geben Sie die Häufigkeit und Schwere der Anfälle an

X Keine Anfälle in den letzten 12 Monaten

X Täglich X Wochentlich X Jeder zwei Wochen X Andere

### D4. Bitte geben Sie Details zum letzten bekannte Anfall an

Datum und Länge des letzten Anfalls   
Schwere des letzten Anfalls   
Verletzungen ? X Nein X Ja (bitte präzisieren)

### D5. Bitte berichten Sie über bisherige Hospitalisierungen, falls bekannt

Datum  Länge

### D6. Gibt es Inkontinenz bei Stuhlgang oder Urin?

X Nein X Ja, während eines Anfalles X Ja, immer

**\* Ende Teil D \***

**\*Ende des Dokuments\***