

## Medical Information

## 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

Contagious And Communicable Disease ? No  Yes  آیا بیماری واگیردار و مسری می باشد ؟ خیر  بلی  توضیحات : Remarks:

Is the patient's condition likely to be a source of discomfort to other passengers (color, appearance, conduct) No  Yes  آیا وضعیت بیماری برای سایر مسافران ایجاد ناراحتی می کند ؟ (بوی، وضع ظاهری، رفتار و ...) خیر  بلی  توضیحات : Remarks:

Transferring to the Airplane: Regular  Elevator  Wheelchair  Stretcher  شرایط انتقال بیمار به هواپیما چگونه می باشد ؟ معمولی  از طریق بالابر  صندلی چرخدار  برانکار  Remarks:

Position of the Patient Onboard: Regular Seat  Extra Seat  Stretcher  وضعیت استقرار بیمار داخل هواپیما چگونه است ؟ صندلی معمولی (مکان قرار گرفتن بستر صندلی در حالت ثابت)  استفاده از صندلی اضافی  استفاده از تخت  Remarks:

Does the Patient Needs Special Care Onboard ? No  Yes  آیا بیمار در طول پرواز نیازمند مراقبت می باشد ؟ خیر  بلی  همراه عادی  کنترل علائم حیاتی  دارو درمانی  Normal Attendant  Control of Vital Sign  Medication  Remarks:

Oxygen Demand : No  Yes (Rate of Flow ... Lit/ Min)  آیا بیمار نیاز به اکسیژن دارد ؟ خیر  بلی (میزان ... لیتر در دقیقه)  بطور دائم  در صورت نیاز  Continuous  On Demand  Remarks:

Does the Patient Needs Ambulance on Destination ? No  Yes (Coordination for Ambulance should be done by the Patient)  آیا بیمار در مقصد نیازمند آمبولانس می باشد ؟ خیر  بلی (هماهنگی جهت آمبولانس برعهده بیمار است)  Remarks:

Does the Patient Needs Hospitalization on Destination ? No  Yes (Coordination for Hospitalization should be done by the Patient)  آیا لازم است بیمار در مقصد در بیمارستان بستری گردد ؟ خیر  بلی (هماهنگی جهت بستری برعهده بیمار است)  Remarks:

Suggestions (Diet, Medication,...): پیشنهادهای (تغذیه، دارو و ...):

It is  **Attending Physician of the Patient**  **Accept the responsibility of the above mentioned information.** اینجانب دکتر  **پزشک معالج بیمار**  **مسئولیت اطلاعات پزشکی فوق را برعهده می گیرم.**

Contact Phone of the Physician :  **Signature of the Attending Physician :** تلفن تماس پزشک معالج:  مهر و امضاء پزشک معالج:

Considerations of the airline trustee Physician for carriage of the patient : نظر پزشک هوایی / پزشک معتمد در مورد شرایط انتقال مسافر بیمار :

Sig. of airline trustee Physician :  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 ماهان 48 ساعت می باشد.  
- Cabin attendants are trained only in FIRST AID and are NOT PERMITTED to administer any injection or to give medication. مهمانداران هواپیما صرفاً "دوره کمکهای اولیه را دیده اند و مجاز به تزریق یا تجویز دارو و همچنین مراقبتهای خاص پزشکی نمی باشند.

## تعهدنامه مسافر بیمار

اینجانب (بیمار/ همراه بیمار) ضمن درخواست استفاده از خدمات مورد نیاز جهت حمل هوایی مسافر بیمار به مقصد مورد نظر، بدینوسیله آقا/ خانم دکتر..... را (به عنوان پزشک معتمد یا پزشک منتخب از سوی مرکز پزشکی هوایی ماهان) 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 ماهان (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 مسافر 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 Mahan 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/discard 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