



UÇABİLİRLİK RAPORU / FIT TO FLY REPORT

Tarih/ Date:/...../.....

Hasta Ad Soyadı / Patient Name Surname:

ID Numarası / ID No:

Doğum Tarihi / Date of Birth:

Cinsiyet / Gender:

Tanı / Diagnosis:

Yukarıda adı geçen hastanın / The patient mentioned above

can travel by airplane as of/...../..... tarihinden itibaren uçakla seyahat etmesi uygundur.

Uçuş için aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi rica olunur.

Please, pay attention to the following recommendations.

1) Pozisyon / Position

Oturarak / Seated

Geniş/Yatırılabilir koltuk / Large Business Seat

İlave koltuk / Extra Seat

Yatarak / Sedye / Lying / Stretcher

2) Refakatçi / Companion

Gerekmez / Not needed

Herhangi Birinin Refakatinde / Non-Medical

Tıbbi refakat/ Medical Escort

3) Oksijen ihtivacı / Oxygen Requirement

Gerekmez/ Not Needed

Aralıklı / IntermittentL/dak / L/min

Sürekli / ContinuousL/dak / L/min

4) Diğer Gereksinimler / Other Requirements:

.....
.....

Hasta/Hasta Yakını oluşabilecek ani acil durumlar hakkında bilgi verilmiş olup,önceden öngörülemeyen ve ani gelişebilecek komplikasyonlar tarafımızın sorumluluğuna ait değildir.

The patient/patient's relative has been informed about possible sudden emergency situations that may arise; unforeseen and suddenly developing complications are not under our responsibility.

Dr. Ad Soyad / Dr. Name Surname

İmza/ Signature: