

## Ärztliches Attest für MALTESER-Wallfahrten und Reisen

Malteser Hospitaldienst Austria  
1010 Wien, Johannesgasse 2/2/20, Tel.: 01-5125395

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Der MALTESER Hospitaldienst Austria (MHDA) führt seit über 40 Jahren Wallfahrten und Reisen für Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung durch. Damit eine intensive, effiziente und qualifizierte Betreuung möglich ist, benötigen wir alle Angaben über die Krankheit und die Therapie Ihres Patienten.

**Wir bitten Sie daher im Interesse unseres gemeinsamen Patienten und aus Haftungsgründen, dieses Formular unbedingt vollständig und leserlich auszufüllen und Ihre Adresse und Telefonnummer für allfällige Rückfragen anzugeben.**

Über besondere Vorkommnisse auf der Reise werden wir berichten.

Mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und freundlichen Grüßen

Team der Ärzte und DiplGuK des MHDA

.....  
Patient, Vorname

Familienname

Geburtsdatum Patient: .....

Patientenname: .....

**Diagnosen/Krankheiten**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Patientenname: .....

**Bestehen ansteckende oder meldepflichtige Krankheiten (z. B. MRSA):**

☐ Nein      ☐ Ja

Wenn ja, welche .....

**Medikamentöse Therapie (inkl. Bedarfsmedikation)**

Bitte tragen Sie verlässlich Sorge, dass dem Patienten alle Medikamente für die gesamte Reisedauer verordnet wurden.

Genauere Bezeichnung des Medikaments (inkl. Dosierung)	Früh	Mittag	Abend	Spät

Patientenname: .....

## Besondere Vorkommnisse in letzter Zeit:

Letzter Krankenhausaufenthalt Datum: .....

(Brief in Kopie falls <6 Monate, siehe unten)

Diabet. Stoffwechselentgleisung ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wann .....

Kardiale Dekompensation ☐ Nein ☐ Ja

Wann, welche .....

Verwirrheitszustand/Delirneigung ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wann .....

## Sonstiges:

.....

.....

.....

**Sollte in den letzten 6 Monaten vor Reisebeginn ein Krankenhausaufenthalt erforderlich gewesen sein, fügen Sie bitte den entsprechenden Arztbrief bei.**

Letzter Krankenhausaufenthalt, Datum: .....

Grund: .....

Weiterer Krankenhausaufenthalt, Datum: .....

Grund: .....

Patientenname: .....

### Reise:

Es besteht aus meiner ärztlichen Erfahrung kein Einwand gegen eine Reise mit einem Bus/Linienflugzeug: ☐ Nein ☐ Ja

Thromboseprophylaxe notwendig: ☐ Nein ☐ Ja\*

\*Sofern notwendig, bitte vor Abreise verabreichen.

### Weiteres Wichtiges für die medizinisch/pflegerische Versorgung:

.....  
.....  
.....

Bitte weisen auch Sie den Patienten darauf hin, dass er die **während der Reise nötigen Medikamente und Hilfsmittel selbst mitzunehmen hat**. Falls die Medikamente in Wochenbehältern mitgenommen werden, sollten die Originalverpackungen und/oder die Beipackzettel ebenfalls mitgenommen werden.

.....  
Datum, Stampiglie und Unterschrift

.....  
Adresse, Tel.Nr., E-Mail Adresse

### Informationen über Datenschutz:

Damit die Wallfahrt/Reise durch den MHDA durchgeführt werden kann, müssen einige personenbezogene Daten verarbeitet werden. Der MHDA sichert die sichere und vertrauliche Verarbeitung Ihrer Daten zu. Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch den MHDA finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter [www.malteser.at/Datenschutz](http://www.malteser.at/Datenschutz). Gerne stellen wir diese auf Anfrage auch per E-Mail oder per Post zur Verfügung.

Patientenname: .....