

Arzt / Adresse

Flugtauglichkeitsbescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass

Herr/Frau.....(Vor/Nachname)

Geboren am:.....

Anschrift

Straße / Hausnr.....

Ort /PLZ.....

als Passagier gesundheitlich uneingeschränkt flugtauglich ist. Zur Akutbehandlung von eventuell auftretenden Cluster-Kopfschmerzattacken ist das Mitführen von medizinischem Sauerstoff während des Fluges erforderlich.

Herewith I certify that Mr. / Mrs.

Mrs/Mr.....(first/family name)

Born on:.....

Adress

Streetadress.....

Place /

postcode.....

is capable of air travel as a passenger without any health restrictions. For the acute treatment of contingent cluster headache attacks access to medical oxygen is required during the flight.

Datum, Unterschrift , Arztstempel, / date, stamp and signature of the doctor