

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

easyJet

Lieber Kunde, liebe Kundin,

ANFRAGE NACH WEITEREN INFORMATIONEN

Wir bedauern zutiefst, dass Sie Ihren Flug aufgrund einer schweren Erkrankung ändern oder stornieren müssen.

Bevor wir Ihren Antrag vollständig bewerten können, benötigen wir weitere Informationen von Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin oder Angehörigen eines anderen Heilberufs.

DAS MÜSSEN SIE ALS NÄCHSTES TUN

> Drucken Sie das Formular aus und füllen Sie Folgendes aus:

- Bitte füllen Sie ABSCHNITT 1 aus: **ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND – ERKLÄRUNG DER KUNDIN / DES KUNDEN** (Seite 1) und unterschreiben Sie die Erklärung. Bei Kindern unter 16 Jahren oder schutzbedürftigen Personen ist diese von einem Elternteil oder einem/einer Vertreter/Vertreterin durchzulesen und zu unterschreiben.
- Lesen und unterschreiben Sie ABSCHNITT 2 des Antragsformulars **ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN INFORMATIONEN** (Seite 2). Dies ermöglicht Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, die medizinischen Informationen für Ihren Antrag bereitzustellen. Bei Kindern unter 16 Jahren oder schutzbedürftigen Personen ist dies von einem Elternteil oder einem/einer Vertreter/Vertreterin in ihrem Namen durchzulesen und zu unterschreiben.
- Als Nächstes geben Sie bitte ABSCHNITT 2 des Antragsformulars **ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN INFORMATIONEN** (Seite 2) Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, damit dieser Ihre medizinischen Angaben im Antragsformular eintragen kann. Möglicherweise fällt für diesen Service eine Gebühr an.
- Geben Sie ABSCHNITT 3 des Antragsformulars **ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND – STELLUNGNAHME DES/DER ARZTES/ÄRZTIN ODER ANGEHÖRIGEN EINES ANDEREN HEILBERUFS** (Seite 3) Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin oder Angehörigen eines anderen Heilberufs zum Ausfüllen.

Was muss ich tun, nachdem das Formular ausgefüllt und unterschrieben wurde?

- > Sobald Sie das Dokument ausgefüllt haben, rufen Sie auf der Seite Kontakt bitte unser Webformular auf und führen Sie in diesem Formular die folgenden Schritte durch:
 - Geben Sie Ihre persönlichen Angaben und Ihre Flugdaten in Abschnitt 1 an
 - Wählen Sie im Dropdown-Menü in Abschnitt 2 **Schwere Erkrankung**
 - Fügen Sie die Seiten 1, 2 und 3 der ausgefüllten ärztlichen Bestätigung (ausgefüllt von Ihnen und Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin oder Angehörigen eines anderen Heilberufs) in Abschnitt 3 bei
 - Reichen Sie Ihren Antrag innerhalb von Abschnitt 4 ein

IHRE PERSONENBEZOGENEN DATEN

Die easyJet Airline Company ("easyJet" oder "wir") erhebt im Rahmen des Formulars für schwere Krankheiten eine begrenzte Anzahl personenbezogener Daten über Sie – einschließlich der Angabe, ob Sie an einer unheilbaren Krankheit oder an einer der aufgeführten schweren Krankheiten leiden. Wir erheben keine anderen spezifischen medizinischen Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Die Angaben in dem Formular werden von easyJet nur dazu genutzt, um Ihren Antrag auf Stornierung eines Fluges aufgrund einer schweren Erkrankung zu bearbeiten. Wenn Sie das Antragsformular für eine schwere/unheilbare

Krankheit im Namen einer anderen Person ausfüllen, stellen Sie bitte sicher, dass Sie berechtigt sind, die personenbezogenen Daten des Passagiers (einschließlich medizinischer Informationen) an uns weiterzugeben.

Kategorien personenbezogener Daten	Datum der letzten Symptome	Zutreffendes bitte ankreuzen
Ihren Vor- und Nachnamen sowie Kontakt details (Vertreter und Ärzte/Angehörige eines anderen Heilberufs), Details zum Flug, der Umstand, dass Sie an einer schweren oder unheilbaren Krankheit leiden, Beginn der Symptome	Ausdrückliche Einwilligung zur Bearbeitung Ihres Antrags bzgl. einer unheilbaren oder schweren Erkrankung.	Ihr Formular wird von easyJet für 2 Monate aufbewahrt, um Ihren Antrag zu bearbeiten. Wir arbeiten mit Drittanbietern zusammen, um unseren Prozess für schwere Krankheiten zu unterstützen, und diese können Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) haben. easyJet verfügt über einen Prozess zur Qualitätssicherung von Lieferanten, den alle unsere Drittanbieter im Rahmen der Erbringung von Dienstleistungen für easyJet einhalten müssen.

easyJet ist ein in England und Wales eingetragenes Unternehmen mit der Registrierungsnummer 3034606 und dem eingetragenen Sitz im Hangar 89, London Luton Airport, Luton, Bedfordshire, LU2 9PF, Großbritannien. Wir sind der „Verantwortliche“ im Sinne der für uns geltenden Datenschutzgesetze und speichern Ihre personenbezogenen Daten gemäß unserer Datenschutzbestimmungen, die unter <https://www.easyJet.com/de/politik/datenschutzversprechen> einsehbar sind.

ABSCHNITT 1: ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND – ERKLÄRUNG DER KUNDIN / DES KUNDEN

VON KUNDINNEN UND KUNDEN ODER VERTRETERN AUSZUFÜLLEN, FALLS DIE KUNDIN / DER KUNDE UNTER 16 JAHRE ALT ODER EINE SCHUTZBEDÜRFTIGE PERSON IST

Ich fülle dieses Formular aus (kreuzen Sie das/die anwendbare(n) Feld(er) an):

- > in meinem Namen
- > oder im Namen des folgenden Kindes oder anderen schutzbedürftigen Person

Wann traten Krankheit, Erkrankung oder Symptome zum ersten Mal auf? Datum

Wann findet der Flug, den Sie wegen Krankheit stornieren möchten, statt? Datum

ERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFT DES KUNDEN

Ich erkläre, dass die Angaben in diesem Formular nach bestem Wissen und Gewissen wahr und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass sich easyJet bei falschen Angaben rechtliche Schritte vorbehält.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, zur Bearbeitung dieses Antrags auf Stornierung von Flügen wegen schwerer Krankheit in der oben unter **“IHRE PERSONENBEZOGENEN DATEN”** beschriebenen Weise verarbeitet werden.

Wenn die/der Kundin/Kunde unter 16 Jahre alt und/oder eine schutzbedürftige Person ist, muss eine vertretungsberechtigte Person in ihrem/seinem Namen unterschreiben. Als Elternteil/VertreterIn des Kindes und/oder einer schutzbedürftigen Person bestätige ich hiermit, dass ich rechtmäßig befugt bin, die/ den Kundin/Kunden zu vertreten, und genehmige die Verwendung der personenbezogenen Daten der/ des Kundin/Kunden zum Zweck der Bearbeitung dieses Antrags auf Stornierung eines Flugs bei schwerer Krankheit.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Name (KundIn/VertreterIn)

Unterschrift (KundIn/VertreterIn)

Datum

E-mail

ABSCHNITT 2: ZUGANG ZU MEDIZINISCHEN INFORMATIONEN

VON DER KUNDIN / DEM KUNDEN ODER EINEM VERTRETER AUSZUFÜLLEN, FALLS DIE KUNDIN / DER KUNDE UNTER 16 JAHRE ALT ODER EINE SCHUTZBEDÜRFTIGE PERSON IST

Ich fülle dieses Formular aus (kreuzen Sie das/die anwendbare(n) Feld(er) an):

- > in meinem Namen
- > oder im Namen des folgenden Kindes
oder anderen schutzbedürftigen Person

Bevor wir Ihren Antrag prüfen können, muss Ihr/Ihre Arzt/Ärztin oder Angehörige(r) eines anderen Heilberufs den ABSCHNITT 3 des Antragsformulars ausfüllen. Hierfür ist erforderlich, dass Sie Ihren/Ihre Arzt/Ärztin oder Angehörige(n) eines anderen Heilberufs von seiner/ihrer Verschwiegenheitspflicht entbinden. Ihr/Ihre Arzt/Ärztin oder Angehörige(r) eines anderen Heilberufs darf das Formular nur ausfüllen, wenn Sie ihm ein unterzeichnetes Formular "Zugang zu medizinischen Informationen" (Abschnitt 2) vorlegen. Gemäß Artikel 9 Abs. 2 lit. a der Verordnung (EU) 2016/679 ("DSGVO") müssen wir Ihre Zustimmung einholen, damit Ihr/Ihre Arzt/Ärztin oder Angehörige(r) eines anderen Heilberufs die erforderlichen medizinischen Informationen bereitstellen kann.

Sie haben das Recht, Ihre Zustimmung zu verweigern, aber wenn Sie dies tun, können wir Ihren Antrag nicht prüfen. Darüber hinaus können Sie Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

IHRE ZUSTIMMUNG UND UNTERSCHRIFT

Wenn der Antrag im Namen einer schutzbedürftigen Person oder eines Kindes unter 16 Jahren gestellt wird, muss die vertretungsberechtigte Person in deren Namen unterschreiben.

- > Ich habe die oben genannten Informationen gelesen. Im Zusammenhang mit diesem Antrag erkläre ich mich damit einverstanden, dass easyJet die in Abschnitt 3 genannten medizinischen Informationen von dem/der untenstehenden Arzt/Ärztin oder Angehörigen eines anderen Heilberufs erhält.
- > Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kopie dieser Zustimmung genauso gültig ist wie das Original.

Name (KundIn/VertreterIn)

Unterschrift (KundIn/VertreterIn)

Datum

Angaben zum/zur Haus- bzw. Facharzt/ärztin

Vollständiger Name

Adresse

Telefonnummer

ABSCHNITT 3:**ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND –
STELLUNGNAHME DES/DER ARZTES/ÄRZTIN ODER
ANGEHÖRIGEN EINES ANDEREN HEILBERUFS****VOM/VON DER ARZT/ÄRZTIN ODER ANGEHÖRIGEN EINES ANDEREN
HEILBERUFS AUSZUFÜLLEN**

Name der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

- > Ihre Patientin / Ihr Patient hat aufgrund einer Krankheit oder gesundheitlicher Beschwerden einen Antrag auf Flugstornierung eingereicht. Bitte überprüfen Sie dessen Erklärung in Abschnitt 1, bevor Sie dieses Formular ausfüllen.

WICHTIG:

- a. Bitte die Krankheitsbilder im nachstehenden Raster für schwere Erkrankungen nicht einkreisen, durchstreichen, unterstreichen oder anderweitig hervorheben.
- b. Wir erwarten von Ihnen nicht, dass Sie uns Einzelheiten oder Details über die bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten diagnostizierte Erkrankung mitteilen. Wir benötigen lediglich die Bestätigung, dass eine der vorliegenden Krankheitskategorien zutreffend ist.
- c. Wir können den Antrag Ihrer Patientin / Ihres Patienten nicht beurteilen, wenn Sie dieses Formular nicht korrekt ausfüllen.

Bitte beachten Sie, dass wir den Stornierungsantrag der Patientin / des Patienten bei unvollständigen Informationen oder nicht autorisierten Änderungen am Antragsformular für schwere/unheilbare Krankheiten unter Umständen nicht bearbeiten können.

Krankheitskategorien	Datum der letzten Symptome	Zutreffendes bitte ankreuzen
1. Unheilbare Krankheit	Nicht zutreffend	
2. Schwere Erkrankung Bitte kreuzen Sie dieses Kästchen an, wenn eine der folgenden Erkrankungen vorliegt		
Schlaganfall (mit bleibenden Symptomen).	Aufgetreten innerhalb von 4 Wochen vor dem Datum des Fluges	
Myokardinfarkt (Herzinfarkt).	Aufgetreten innerhalb von 4 Wochen vor dem Datum des Fluges	
Instabile psychische Erkrankung, bei der die Patientin / der Patient ein Risiko darstellt, sich selbst oder anderen Schaden zuzufügen (außer wenn dies auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch zurückzuführen ist).	Nicht zutreffend	
Atemstillstand aus jeglichem Grund.	Aufgetreten innerhalb von 10 Tagen vor dem Datum des Fluges	
Krebserkrankung.	Nicht zutreffend	
Notoperation, die einen Krankenhausaufenthalt von mindestens 24 Stunden erforderlich machte.	Aufgetreten innerhalb von 4 Wochen vor dem Datum des Fluges	
Notfalleinweisung ins Krankenhaus, die einen Krankenhausaufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.	Aufgetreten innerhalb von 4 Wochen vor dem Datum des Fluges	
Schwangerschaftskomplikationen, die ohne ärztliche Nothilfe zum Tod der Mutter oder zum Verlust des Embryos geführt hätten, z. B. starke Blutungen, Fehlgeburt, Sepsis, vorzeitige Plazentalösung usw.	Nicht zutreffend	
3. Nichts davon ist zutreffend	Nicht zutreffend	
4. Fertig zum fliegen Bitte wählen Sie das zutreffende Kästchen		
> Bitte wählen Sie das zutreffende Kästchen		
> Der Kunde war / ist nicht fertig zum fliegen		

IHRE ERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFT

(Bitte lesen Sie die folgenden Stellungnahmen durch und kreisen Sie die zutreffenden Antworten ein)

Ich bestätige, dass ich der/die Arzt/Ärztin oder Angehörige eines anderen Heilberufs dieser Patientin / dieses Patienten bin

JA NEIN

Meiner fachlichen Meinung nach wäre die Patientin / der Patient aufgrund seines Zustands zum Zeitpunkt des in Abschnitt 1 genannten Fluges medizinisch nicht flugfähig gewesen bzw. ist aus medizinischer Sicht nicht davon auszugehen, dass sie oder er flugtauglich sein wird

JA NEIN KANN KEINE AUSSAGE TREFFEN

Ich bin damit einverstanden, dass der Patientin / dem Patienten eine Kopie dieser ärztlichen Stellungnahme ausgehändigt wird

JA NEIN

Ich bestätige, dass ich deutlich gemacht habe, welche Tatsachen und Sachverhalte, auf die in diesem Formular Bezug genommen wird, meinem eigenen Kenntnisstand entsprechen und welche nicht. Ich bestätige die Wahrheit derjenigen, die meinem eigenen Kenntnisstand entsprechen. Die von mir geäußerten Meinungen stellen meine wahre und vollständige professionelle Meinung zu den Sachverhalten dar, auf die sie sich beziehen. Mir ist bewusst, dass easyJet rechtliche Schritte gegen jeden einleiten kann, der eine falsche Aussage in diesem Formular macht oder machen lässt, die durch eine wahrheitsgemäße Aussage bestätigt wird, ohne dass er ehrlich an ihre Wahrheit glaubt.

JA NEIN

Ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu, wie unter "IHRE PERSONENBEZOGENEN DATEN" beschrieben.

JA NEIN

BITTE TRAGEN SIE IHREN NAMEN IN DRUCKBUCHSTABEN EIN

Unterschrift

Praxisstempel oder Adresse in Druckbuchstaben

Name

Eintragungsnummer der
Ärztchammer oder Arztpraxis

E-mail

Datum

Telefon