



Attest für Ihre Flugreise bei Schwangerschaft

Pregnancy statement for Air Travel

Medical Operation Center

Fax: +49 (0)69 696 83677

Email: specialservice@dlh.de

Name Reisender / Name of passenger		Geburtsdatum / Date of Birth	
Anschrift Arzt / Adress Physician		SSW / weeks of pregnancy	Geburtstermin / Due Date
<input type="checkbox"/> Normale Schwangerschaft, keine Einschränkung für Flugreise / Normal pregnancy, no restrictions for air travel <input type="checkbox"/> Risikoschwangerschaft, eine Flugreise ist nicht zu empfehlen / Risk pregnancy, air travel is not recommended			
Ort u. Datum / Place and Date		Unterschrift Arzt / Signature attending physician	

Hinflug / Outbound flight	Rückflug / Inbound flight
Strecke / Routing _____	Strecke / Routing _____
Flug Nr. / Flight No. _____	Flug Nr. / Flight No. _____
Datum / Date _____	Datum / Date _____
Economy Class <input type="checkbox"/> Premium Economy Class <input type="checkbox"/>	Economy Class <input type="checkbox"/> Premium Economy Class <input type="checkbox"/>
Business Class <input type="checkbox"/> First Class <input type="checkbox"/>	Business Class <input type="checkbox"/> First Class <input type="checkbox"/>

Passagier Kontakt / Passanger's contact information
Tel. / Phone:
Email: