ФОРМА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПАССАЖИРА И СОГЛАСИЯ (ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ)

• ФИО пассажира (пациента):

• Номер паспорта пациента:

• ФИО сопровождающего лица (опекуна / законного представителя):

• Номер паспорта сопровождающего лица:

► ИНФОРМАЦИЯ О РИСКАХ

1) Если пациент планирует подняться на борт судна, необходимо заранее предоставить медицинское заключение, выданное врачом, после чего Компания должна оценить, может ли пациент совершить поездку на судне. Если будет установлено, что состояние пациента не позволяет безопасно путешествовать, в посадке на судно может быть отказано. В медицинском заключении должно быть указано, позволяет ли состояние здоровья пациента совершить морское путешествие продолжительностью не менее 25 часов.

2) Переход между Тонхэ и Владивостоком занимает приблизительно 24 часа. В зависимости от погодных условий судно может сильно раскачиваться, что может негативно сказаться на здоровье пациента. Кроме того, на борту нет квалифицированного медицинского персонала (врачей и медсестёр), а также отсутствуют достаточное медицинское оборудование и лекарственные средства для оказания помощи в экстренных ситуациях.

3) Даже в экстренной ситуации, требующей осмотра врача и лечения, доставить пациента в медицинское учреждение можно будет только после прибытия судна в страну назначения. Поэтому до получения надлежащего медицинского осмотра и лечения может пройти значительное время.

СОГЛАСИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Кому: DUWON SHIPPING CO., LTD.

Я подтверждаю, что внимательно прочитал(а) и полностью понял(а) приведённую выше информацию, согласен(на) с ней и прошу разрешить мне подняться на борт судна EASTERN DREAM в указанную ниже дату:

Дата посадки: _____ / _____ / _____

Я подтверждаю своё согласие со следующим:

- Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения каких-либо неблагоприятных последствий для моего здоровья, включая ухудшение состояния или смерть, в связи с поездкой на указанном рейсе — до, во время или после морской перевозки, — я не буду возлагать какую-либо ответственность на DUWON SHIPPING CO., LTD., её руководителей, сотрудников, вспомогательный персонал и представителей.
- Сопровождающее лицо пациента несёт полную ответственность за подготовку необходимого оборудования, обеспечение непрерывной подачи кислорода и надлежащий уход за дренажными трубками, необходимых для посадки пациента на судно. Сопровождающее лицо обязуется тщательно выполнить все необходимые меры безопасности.
- Я даю согласие на предоставление лечащим врачом Компании соответствующей медицинской информации, необходимой для оценки моей пригодности к морскому путешествию, и соглашаюсь освободить лечащего врача от профессиональной обязанности сохранять врачебную тайну в отношении такой информации.

- Я соглашаюсь с тем, что все расходы на эвакуацию, транспортировку и медицинское лечение, возникшие в результате непредвиденных чрезвычайных ситуаций, включая смерть, во время пользования судном, полностью оплачиваются пациентом и сопровождающим его лицом.

Дата: _____ / _____ / _____

Подпись пациента_____

Подпись сопровождающего лица / уполномоченного представителя)_____

▶ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА И УСЛОВИЯ ПОСАДКИ

1) Способность ходить

На судне нет пассажирского лифта. Пациент должен подняться на борт самостоятельно по лестнице. Может ли пациент самостоятельно ходить и подняться на борт? Да ( ) / Нет ( )

**Если пациент не может самостоятельно ходить, пассажир должен самостоятельно организовать подачу машины скорой помощи как в порту отправления, так и в порту прибытия.*

2) Способность самостоятельно дышать

Может ли пациент дышать самостоятельно, без посторонней помощи? Да ( ) / Нет ( )

**Если пациенту необходим кислородный аппарат или баллон с кислородом, пассажир должен самостоятельно обеспечить достаточный запас кислорода в баллонах на всё время рейса (не менее 25 часов).*

3) Предварительное предоставление сведений о машине скорой помощи и персонале (заполняется только при необходимости)

Если пациента необходимо доставить машиной скорой помощи, самостоятельно заказанной пассажиром, непосредственно к судну (в зону порта с ограниченным доступом), согласны ли вы заранее предоставить Компании регистрационный номер автомобиля и сведения о водителе?

Да ( ) / Нет ( )

Наименование больницы / ФИО лечащего врача	
Телефон больницы	
Контактное лицо на случай чрезвычайной ситуации (ФИО, степень родства / отношение к пациенту)	
Номер телефона для экстренной связи в стране назначения	
(При въезде машины скорой помощи в зону с ограниченным доступом) Регистрационный номер автомобиля Организация, ФИО, контактный телефон и адрес водителя и сотрудников скорой медицинской помощи	