

## Formular für besondere Bedürfnisse (SNIF)

<b>Vorname und Nachname des Passagiers:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Nationalität:</b>
<b>Schiff:</b>	<b>Abfahrtsdatum:</b>
<b>Buchungsnummer:</b>	<b>Kabinnummer:</b>
<b>Kontakt Daten (E-Mail oder Telefonnummer):</b>	
<b>Name und Nachname des Begleiters oder Erziehungsberechtigten (falls erforderlich):</b>	

**Hinweis:** Je nach Gesundheitszustand und/oder reservierter Unterkunft kann eine Begleitperson erforderlich sein.

Bitte lesen Sie die ‚Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten‘, **die integraler Bestandteil der Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Costa sind**, BEVOR Sie diesen Fragebogen ausfüllen. Der Leitfaden hilft Ihnen dabei, die Fragen vollständig und korrekt zu beantworten. Die vorliegenden Formulare müssen ausgefüllt und zusammen *mit der vollständig ausgefüllten und vom Gast oder Erziehungsberechtigten unterzeichneten Einwilligung des Betroffenen zur Verarbeitung sensibler Daten* an die Costa-Büros geschickt werden. Bitte stellen Sie sicher, dass dieses Formular nur für eine Person ausgefüllt wird und in DRUCKBUCHSTABEN oder maschinenschriftlich ausgefüllt wird.

### WICHTIGE HINWEISE:

- Es ist unerlässlich, alle körperlichen oder geistigen Beschwerden, Behinderungen, Krankheiten oder sonstigen Bedürfnisse anzugeben, die während der Reise besondere medizinische Vorkehrungen, medizinische Geräte/Hilfsmittel oder besondere Pflege oder Unterstützung erfordern. Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann dazu führen, dass Ihnen das Boarding verweigert oder Sie vom Schiff oder Flugzeug abgesetzt werden. Wir können medizinische Nachweise anfordern, um Ihre Reisefähigkeit zu bestätigen. Weitere Informationen finden Sie in unseren Allgemeinen Geschäftsbedingungen.
- Wenn Sie sich in ärztlicher Behandlung befinden oder eine Erkrankung haben, die an Bord behandelt werden muss, oder wenn Sie Hilfe benötigen, teilen Sie uns bitte spätestens **40 Tage vor Abreise** oder zum Zeitpunkt der Buchung.
- Die ärztliche Bescheinigung darf nicht älter sein als **3 Monate (90 Tage)** ab dem Datum der Abreise.
- Wenn sich Ihr Gesundheitszustand oder Ihre Behinderung nach dem Absenden dieses Formulars ändert, müssen Sie uns unverzüglich kontaktieren, um uns vor Ihrem Urlaub über alle neuen Informationen zu informieren.
- Wir empfehlen Ihnen, eine Kopie Ihrer medizinischen Unterlagen (z. B. EKG, Medikamentenliste, klinische Unterlagen usw.) mitzuführen, damit wir Ihnen helfen können, falls während der Reise medizinische Versorgung erforderlich sein sollte.
- Bitte denken Sie daran, alle benötigten Medikamente im Handgepäck in ausreichender Menge für die gesamte Kreuzfahrt mitzuführen.
- Wir empfehlen dringend den Abschluss einer zusätzlichen Reiseversicherung, die medizinische Notfälle einschließlich einer eventuellen Evakuierung abdeckt.
- Bitte denken Sie daran Es liegt in Ihrer alleinigen Verantwortung und Pflicht, alle Medikamente und/oder Geräte, die Sie während der Kreuzfahrt benötigen, mit an Bord zu bringen, da diese möglicherweise nicht in den medizinischen Einrichtungen an Bord verfügbar sind. Es liegt auch in Ihrer alleinigen Pflicht und Verantwortung, Ihre Medikamente gemäß den Anweisungen Ihres Arztes einzunehmen.

Weitere Informationen finden Sie unter ‚Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten‘ auf unserer Webseite oder Scannen dieses QR-Codes:



## Einwilligung des Betroffenen zur Verarbeitung sensibler Daten

Weitere Informationen zur Datenschutzerklärung finden Sie unter Datenschutzerklärung auf unserer Webseite oder Scannen dieses QR-Codes



Ich, der Unterzeichnete ....., geboren am ..... auf ..... und wohnhaft in ....., nachdem ich die vom Datenverantwortlichen gemäß Artikel 13 der DSGVO bereitgestellten Informationen gelesen und geprüft habe und mir insbesondere bewusst bin, dass die Verarbeitung „besondere Kategorien personenbezogener Daten“ gemäß Artikel 9 der DSGVO umfasst:

- Ich stimme der Verarbeitung meiner sensiblen Daten zu, die für die Erbringung der im Informationsblatt genannten Dienstleistungen erforderlich sind.

Ort, Datum ..... Unterschrift.....

- Ich stimme der Weitergabe der Daten an die im Informationsblatt genannten Parteien zu.

Ort, Datum ..... Unterschrift.....

Zustimmung **der Eltern oder des Vormunds** im Falle der Verarbeitung sensibler Daten eines Minderjährigen oder eines nicht handlungsfähigen Erwachsenen

• Ich, der Unterzeichner ....., geboren in ..... auf ..... und wohnhaft in ....., in meiner Eigenschaft als Elternteil/Erziehungsberechtigter von ....., nachdem ich die vom Datenverantwortlichen gemäß Artikel 13 der DSGVO bereitgestellten Informationen gelesen und geprüft habe und mir insbesondere bewusst bin, dass die Verarbeitung „besondere Kategorien personenbezogener Daten“ gemäß Artikel 9 der DSGVO umfasst:

- meine/unsere Zustimmung zur Verarbeitung sensibler Daten in Bezug auf ..... notwendig für die Erbringung der im Informationsblatt genannten Dienstleistungen.

Ort, Datum ..... Unterschrift.....

- Ich/Wir stimme(n) der Weitergabe der Daten an die im Informationsblatt genannten Parteien zu.

Ort, Datum ..... Unterschrift.....

**Ich bestätige, dass die unten angegebenen Informationen wahrheitsgemäß und korrekt sind. Ich verstehe, dass ich meine Angaben vor der Reise aktualisieren muss, wenn sich meine Umstände ändern. Ich habe alle Aspekte des beiliegenden Leitfadens „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“ gelesen und verstanden und stimme den Reisebedingungen zu.**

Ort, Datum ..... Unterschrift.....

Weitere Informationen finden Sie unter „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“ auf unserer Webseite oder Scannen dieses QR-Codes:



## Medizinische Beurteilung

- **Haben Sie eine Erkrankung, die derzeit nicht stabil ist, oder eine schwere Krankheit, die sich während der Reise verschlimmern und eine Behandlung erfordern könnte?**

(z. B. schwere Anämie, schwerwiegende Herz-, Atemwegs- oder neurologische Erkrankungen, die in den letzten drei Monaten einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machten, Operationen oder medizinische Eingriffe in den letzten sechs Wochen, Krebs (derzeit in Behandlung oder palliativer Pflege), aktive oder unkontrollierte psychische Erkrankungen, schwere Nierenerkrankungen.)

JA NEIN

Wenn ja, reichen Sie bitte die **ÄRZTLICHE ERKLÄRUNG** – Formular A1 ein, das von Ihrem Arzt ausgefüllt wurde.

- **Haben Sie eine Erkrankung, die lebenswichtige externe medizinische Geräte erfordert?**

(z. B. Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen, Absauggeräte usw.)

JA NEIN

Wenn ja, reichen Sie bitte die **ÄRZTLICHE ERKLÄRUNG** – Formular A1 ein, das von Ihrem Arzt ausgefüllt wurde.

## Medizinische Hilfe

- **Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?**

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Punkte an.

- Medizinische Erkrankung, die den Einsatz von Injektionen erfordert (z. B. Insulin, Heparin, usw.)

➤ Benötigen Sie „Container-Spritzen/Nadeln“? JA NEIN

➤ Wirst du deinen eigenen scharfen Behälter mitnehmen? JA NEIN

**Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 3.12 der „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“.**

- Erkrankung, die eine Peritonealdialysebehandlung erfordert

**Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 3.3 der „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“.**

- Krankheit, die die Verwendung eines elektronischen medizinischen Geräts erfordert

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CPAP, BiPAP,              | <input type="checkbox"/> Inhalationsgerät                              |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentratoren, | <input type="checkbox"/> Fütterungspumpe                               |
| <input type="checkbox"/> Heizvorrichtung           | <input type="checkbox"/> Implantierter Herzschrittmacher/Defibrillator |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____          |  |

**Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 3.1 der „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“**

- Medizinischer Zustand, der die Verwendung von komprimiertem Sauerstoff erfordert  
**Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 3.4 der „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“.**

Bitte geben Sie die Anzahl und Größe der Gasflaschen an, die Sie mit an Bord nehmen werden:

Anzahl der Flaschen: \_\_\_\_\_ Größe in Litern pro Zylinder: \_\_\_\_\_

Zylinderabmessungen (Länge x Breite x Höhe): \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

- Jeder Gesundheitszustand oder Grad an Selbstständigkeit, der die Unterstützung durch eine Pflegekraft und/oder einen gesetzlichen Vormund erfordert.

**Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 1.6 der „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“.**

Weitere Informationen finden Sie unter „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“ auf unserer Webseite oder Scannen dieses QR-Codes:



Wenn ja, reichen Sie bitte die **ÄRZTLICHE ERKLÄRUNG – Formular A1** ein, ausgefüllt von Ihrem Arzt.

- Jede Erkrankung, die die Unterstützung durch einen zertifizierten Arbeitshund erfordert.  
**Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 1.5 der „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“.**

Wenn ja, reichen Sie bitte die **ÄRZTLICHE ERKLÄRUNG – Formular A1** ein, ausgefüllt von Ihrem Arzt (nicht erforderlich für Blindenführhunde).

- Haben Sie Medikamente dabei, die gekühlt werden müssen?
  - Benötigen Sie eine Kühlbox? (nur für Costa Toscana und Costa Smeralda) JA NEIN**Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 3.11 der „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“.**

## **Behindertenhilfe**

Bitte überprüfen Sie, was zutrifft.

### **Eingeschränkte oder begrenzte Mobilität**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mobilitätsroller    | <input type="checkbox"/> Gehgestell     |
| <input type="checkbox"/> Manueller Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Sonstiges..... |
| <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl    |   |

Marke und Modell: .....

- Bei Elektrofahrzeugen: Art der verwendeten Batterie:
  - Gel-Typ
  - Lithium-Batterien
  - Dry- Batterien
- Bitte geben Sie die Abmessungen im geöffneten und geschlossenen Zustand, die Höhe und das Gewicht an. **Ihr Rollstuhl, Ihr Scooter:**

Geschlossen: Breite: ..... cms Länge: ..... cms Höhe: ..... cms  
 Öffnen: Breite: ..... cms Länge: ..... cms Höhe: ..... cms  
 Gewicht des Rollstuhls: ..... kgs Gewicht des Gastes: ..... kgs  
 Höhe vom Kopf bis zum Boden beim Sitzen im Rollstuhl: ..... cms
- Bitte geben Sie die offenen Abmessungen Ihres **Gehgestell:**

Breite: ..... cms Länge: ..... cms Höhe: ..... cms
- Bitte geben Sie die offenen und geschlossenen Abmessungen, die Höhe und das Gewicht Ihres **Hebezeug oder Hebevorrichtung:**

Geschlossen: Breite: ..... cms Länge: ..... cms Höhe: ..... cms  
 Öffnen: Breite: ..... cms Länge: ..... cms Höhe: ..... cms
- Können Sie selbstständig in einen Bus einsteigen? JA NEIN

**Weitere Informationen finden Sie in Abschnitt 1.2 der „Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten“**



**Hörbeeinträchtigung (jeglichen Grades).**

Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 1.3 der ‚Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten‘.

- Möchten Sie ein SILENT CALL DEVICE in Ihrer Kabine haben? JA NEIN

**Sehbehinderung (jeglichen Grades).**

Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 1.4 der ‚Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten‘.

- Müssen Sie Ihren zertifizierten Blindenhund mit an Bord nehmen? JA NEIN  
 Möchten Sie ein SILENT CALL DEVICE in Ihrer Kabine haben? JA NEIN

**Sprachstörungen (jeglichen Grades)**

Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 1.3 der ‚Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten‘.

- Möchten Sie ein SILENT CALL DEVICE in Ihrer Kabine haben? JA NEIN

---

## Notfallhilfe

- Sollte es zu einem Notfall an Bord kommen, benötigen Sie Hilfe von unserem Personal, um zu Ihrem Sammelpunkt zu gelangen? JA NEIN

Wenn ja, geben Sie bitte an, welche der folgenden Optionen zutrifft:

- Ich kann die Treppen nicht benutzen und benötige daher einen Evakuierungsstuhl oder eine Trage.  
 Ich wiege mehr als 120 kg.  
 Ich wiege mehr als 150 kg.

Weitere Informationen finden Sie in Abschnitt 1.8 der ‚Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten‘.

---

## Reiseunterstützung

Benötigen Sie Hilfe bei der Anreise zum Schiff? JA NEIN

Haben Sie einen Flug über Costa Kreuzfahrten gebucht? JA NEIN

Haben Sie ein Vor- oder Nachprogramm bei Costa Kreuzfahrten gebucht? JA NEIN

Wenn ja, senden Sie uns bitte das FORMULAR FÜR DEN LUFT- UND BODENTRANSPORT – Formular A2.

---

## Allergies

Haben Sie eine Lebensmittelallergie? JA NEIN

Wenn ja, lesen Sie bitte Abschnitt 5 der ‚Medizinischen Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten‘

Wenn ja, reichen Sie bitte das ALLERGIEFORMULAR – Formular A3 ein.

---

Weitere Informationen finden Sie unter ‚Medizinische Informationen und Anforderungen für Costa Kreuzfahrten‘ auf unserer Webseite oder Scannen dieses QR-Codes:

