

OBLIGATORISK HÄLSODEKLARATION

Allmän försäkringsinformation

Medicinsk evakuering, om tillgänglig, är dyr och därför är det viktigt att du har ett reseskydd/en reseförsäkring som täcker denna kostnad. Om du har tecknat ett reseskydd/en reseförsäkring ber vi dig ange nedanstående uppgifter.

FÖRETAGETS NAMN:	
FÖRETAGETS TELEFONNUMMER VID NÖDSITUATIONER:	
FÖRSÄKRINGSNUMMER:	

Om jag avböjer att köpa ett reseskydd/en reseförsäkring kommer jag inte att hålla Hurtigruten AS ansvarigt för eventuella ytterligare kostnader/förluster som uppstått till följd av min avbokning av denna resa, olycka, sjukdom, medicinsk evakuering, förlorat eller skadat bagage, eller någon annan oförutsedd händelse som skulle ha täckts av det rekommenderade försäkringsskyddet.

DATUM:

UNDERSKRIFT:

Part I: Health Declaration/Del I: Hälsodeklaration

This part of the form must be completed in English or using international medical terms. Please do not abbreviate any words. Den här delen av formuläret måste fyllas i på engelska eller genom att använda internationella medicinska termer. Använd inte förkortningar.

I attest that I am in good general health, and capable of performing normal activities on this expedition. I further attest that I am capable of caring for myself during the expedition, and that I will not impede the progress of the expedition or the enjoyment of others aboard. I understand that this expedition will take me far from the nearest medical facility and that all travelers must be self-sufficient. With that understanding, I certify that I have not been recently treated for, nor am I am aware of, any physical or other condition or disability that would create a hazard to myself or other members of the expedition.

Jag intygar att jag har en god hälsa och att jag kan utföra normala aktiviteter på den här expeditionen. Jag intygar även att jag kan ta hand om mig själv under expeditionen och att jag inte kommer att utgöra ett hinder för utförandet av expeditionen eller andras trivsel ombord. Jag är medveten om att den här expeditionen kommer att äga rum långt bort ifrån sjukvårdsinrättningar och att samtliga resenärer måste kunna klara sig på egen hand. I samförstånd med det som angetts ovan intygar jag att jag inte nyligen har behandlats för eller är medveten om några fysiska tillstånd eller andra funktionshinder som kan utgöra en fara för mig själv eller andra resenärer på expeditionen.

EXPEDITION:	
DEPARTURE DATE/ AVRESEDATUM:	
NAME/ NAMN:	
DATE/ DATUM:	

SIGNATURE/UNDERSKRIFT:

Part 2: Medical Information/Del 2: Medicinsk information

DATE OF BIRTH/ FÖDELSEDATUM (ÅÅÅÅ-MM-DD)	
BLOOD TYPE (IF KNOWN)/ BLODGRUPP (OM KÄND):	
HEIGHT/ HÖJD:	
WEIGHT/ VEKT:	

EVALUATE YOUR GENERAL HEALTH/ UTVÄRDERA DIN ALLMÄNNA HÄLSA (KRYSSA I LÄMPLIG RUTA):			
POOR/ DÅLIG	<input type="checkbox"/>	FAIR/ GANSKA BRA	<input type="checkbox"/>
GOOD/ BRA	<input type="checkbox"/>	EXCELLENT/ UTMÄRKT	<input type="checkbox"/>
EVALUATE YOUR PHYSICAL CONDITION/STAMINA/ UTVÄRDERA DIN FYSISKA KONDITION/UTHÅLLIGHET (KRYSSA I LÄMPLIG RUTA):			
POOR/ DÅLIG	<input type="checkbox"/>	FAIR/ GANSKA BRA	<input type="checkbox"/>
GOOD/ BRA	<input type="checkbox"/>	EXCELLENT/ UTMÄRKT	<input type="checkbox"/>

HAVE YOU TAKEN OUT TRAVEL PROTECTION WITH SUFFICIENT COVERAGE FOR MEDICAL REPATRIATION FROM THE DESTINATION IN WHICH YOU ARE TRAVELING? PLEASE CHECK THE APPROPRIATE BOX./ HAR DU FÖRSÄKRINGSSKYDD SOM TÄCKER MEDICINSK REPATRIERING FRÅN DEN DESTINATION DU RESER I? KRYSSA I LÄMPLIG RUTA.	
YES/ JA	<input type="checkbox"/>
NO/ NEJ	<input type="checkbox"/>
DO YOU REQUIRE OXYGEN THERAPY ON A REGULAR BASIS?/ BEHÖVER DU SYRGASBEHANDLING REGELBUNDET? KRYSSA I LÄMPLIG RUTA.	
YES/ JA	<input type="checkbox"/>
NO/ NEJ	<input type="checkbox"/>
IF YOUR ANSWER IS YES, PLEASE DESCRIBE THE CONDITION/ BESKRIV DITT TILLSTÅND OM DU HAR SVARAT JA:	
<p>.....</p> <p>.....</p>	

Do you have, or have you had in the past 5 years, any of the conditions listed below? Please check the appropriate box. Har du eller har du haft något av tillstånden som anges nedan under de senaste fem åren? Kryssa i lämplig ruta.

CONDITION/ TILLSTÅND	YES/JA	NO/NEJ
High blood pressure (Högt blodtryck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiac/heart disease: Cardiac valvulopathy, Coronary acute syndrome, Cardiac tamponade or any other (Hjärtsjukdom: Hjärtvalvulopati, akut kranskärlssyndrom, hjärttamponad eller annat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart surgery (Hjärtoperation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonary conditions: Asthma/bronchitis, COPD-chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary thrombosis (Lungbesvär: Astma/bronkit, KOL - kronisk obstruktiv lungsjukdom, lungemboli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood disorder: hemorrhage (excessive bleeding), clots, anemia or any other (Blodsjukdom: blödning (kraftig blödning), blodproppar, anemi eller annat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes: Type 1 or Type 2 (Diabetes: Typ 1 eller typ 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digestive disorder: stomach ache, stomach ulcers, heartburn, bleeding, constipation, diarrhea, or any other (Matsmältningsproblem: magont, magsår, halsbränna, blödning, förstoppning, diarré eller annat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin problem: sores, blisters, skin rash, burns, eruptions, itchiness or any other (Hudproblem: sår, blåsor, hudutslag, brännskador, klåda eller annat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies: dust, latex or any other (Allergier: mot damm, latex eller annat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infectious/ contagious diseases (Infektiösa eller smittsamma sjukdomar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Severe headaches - migraines (Kraftig huvudvärk - migrän)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ear/nose/throat problems: hearing loss, earache, sinusitis, nosebleeds, or any other (Problem med öron/näsa/hals: nedsatt hörsel, öronvärk, bihåleinflammation, näsblod eller annat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restricted mobility/difficulty walking, use crutches, a walking stick or wheelchair (Begränsad rörlighet/svårigheter att gå, använder kryckor, käpp eller rullstol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputation (Amputation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have a prosthesis or joint replacement? (Har du en protes eller ett ledimplantat?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractures/dislocations (Frakturer/dislokeringar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stroke (Stroke)		
Eye/vision problems: pain, dryness, redness, glaucoma, blurred vision, double vision or any other (Problem med ögon/syn: smärta, torrhet, rodnad, glaukom, dimsyn, dubbelseende eller annat)		
Autoimmune disorders: Lupus, Psoriasis, Celiac Disease(sprue) or any other (Autoimmuna sjukdomar: Lupus, psoriasis, celiaki eller annat)		
Are you currently pregnant? (Är du gravid?)		
Thyroid problems such as hypothyroidism /hyperthyroidism or any other (Sköldkörtelproblem som hypotyreos/hypertyreos eller annat)		
Psychiatric disorders such as depression, anxiety or any other (Psykiska sjukdomar som depression, ångest eller annat)		
Tumors benign/malign: breast, lungs, intestine or any other (Tumörer benigna/maligna: bröst, lungor, tarm eller annat)		
Urinary system: pain, infections, prostatic hyperplasia (in men), kidney stones, renal failure or any other (Urinvägar: smärta, infektioner, prostatahyperplasi (hos män), njursten, njursvikt eller annat)		
Spinal column and back problems: muscle contracture, herniated disk, sciatic nerve compression, spinal stenosis, scoliosis or any other (Problem med rygg och ryggrad: muskelkontraktion, diskbräck, ischiasnervkompression, spinal stenosis, skolios eller annat)		
Neurological disorders such as loss of consciousness, loss of memory/ balance problems (Alzheimer/Parkinson), epilepsy/seizures, dizziness/fainting or any other (Neurologiska sjukdomar som förlust av medvetande, minnesförlust/balansproblem (alzheimer/parkinson), epilepsi/anfall, yrsel/svimmingsanfall eller annat)		
Musculoskeletal system: pain in joints, muscle pain, weakness, osteopenia/osteoporosis, swollen ankles/knees or any other (Rörelseapparaten (muskuloskeletala systemet): ledvärk, muskelsmärta, svaghet, osteopeni/osteoporos, svullna vrist/knä eller annat)		

IF YOU ANSWERED YES TO ANY OF THE ABOVE, PLEASE DESCRIBE BELOW/ VÄNLIGEN BESKRIV NEDAN OM DU HAR SVARAT JA PÅ NÅGOT OVAN:

.....

.....

DO YOU HAVE ANY OTHER MEDICAL CONDITIONS NOT MENTIONED ABOVE? PLEASE DESCRIBE BELOW/ HAR DU NÅGRA ANDRA HÄLSOPROBLEM SOM INTE ANGES OVAN? VÄNLIGEN BESKRIV NEDAN:

.....

.....

DO YOU HAVE ANY MEDICAL ILLNESSES, DISABILITIES OR INFIRMITIES THAT REQUIRE THE REGULAR CARE OF A DOCTOR?/ HAR DU NÅGRA SJUKDOMAR, FUNKTIONSHINDER ELLER NEDSÄTTNINGAR SOM KRÄVER REGELBUNDNA LÄKARBESÖK?

.....

.....

LIST ALL MEDICATIONS THAT YOU ARE TAKING AT THIS TIME, THE DOSAGES AND THE CONDITION THAT IS BEING TREATED/ ANGE ALLA LÄKEMEDEL SOM DU TAR JUST NU, VILKEN DOS DU TAR OCH VAD DU BEHANDLAS FÖR:

MEDICATION/ LÄKEMEDEL	DOSAGE/ DOS	WHAT ARE YOU TAKING THIS MEDICATION FOR?/ VAD TAR DU DETTA LÄKEMEDEL FÖR?

HAVE YOU BEEN HOSPITALIZED OR HAD SURGERY IN THE LAST FIVE YEARS? IF YES, WHEN AND WHAT KIND OF SURGERY?/ HAR DU VARIT INTAGEN PÅ SJUKHUS ELLER OPERERATS UNDER DE SENASTE FEM ÅREN? OM JA, NÄR OCH VILKEN TYP AV OPERATION?

.....

.....

DO YOU HAVE ANY DRUG ALLERGIES? IF YES, WHAT ARE THEY?/ ÄR DU ALLERGISK MOT NÅGRA LÄKEMEDEL? OM JA, VILKA?

.....

.....

DO YOU HAVE ANY DIETARY RESTRICTIONS OR FOOD ALLERGIES? IF YES, WHAT ARE THEY?/ HAR DU NÅGRA BEGRÄNSNINGAR NÄR DET GÄLLER KOST ELLER ALLERGIER MOT LIVSMEDEL? OM JA, VILKA?

DO YOU HAVE ANY OTHER PHYSICAL OR MENTAL LIMITATIONS, OR HANDICAPS NOT MENTIONED ABOVE?/ HAR DU NÅGRA ANDRA FYSISKA ELLER PSYKISKA BEGRÄNSNINGAR ELLER HANDIKAPP SOM INTE ANGES OVAN?

DO YOU HAVE ANY MOBILITY ISSUES THAT WOULD PREVENT YOU FROM CLIMBING IN AND OUT OF A RUBBER INFLATABLE BOAT (RIB), I.E. "ZODIAC" OR A RIGID HULL LANDING CRAFT I.E. POLAR CIRCLE BOAT/ HAR DU BEGRÄNSAD RÖRLIGHET SOM HINDRAR DIG FRÅN ATT KLÄTTRA I OCH UR EN RIB-BÅT (RIGID INFLATABLE BOAT) TILL EXEMPEL EN "ZODIAC" ELLER EN LANDSTIGNINGSBÅT MED STYVT SKROV SOM POLAR CIRCLE BOAT (KRYSSA I LÄMPLIG RUTA)?

YES/JA NO/NEJ

IF YOU REPLIED YES TO THE PREVIOUS QUESTION, PLEASE CHECK THE FOLLOWING/ VÄNLIGEN ANGE FÖLJANDE OM DU SVARADE JA PÅ FÖREGÅENDE FRÅGA:

CANE/ KÄPP WALKER/ RULLATOR WHEELCHAIR/ RULLSTOL PROSTHETIC LIMB/ PROTES

EMERGENCY CONTACTS/ KONTAKTER VID NÖDSITUATION	NAME/ NAMN	RELATIONSHIP/ RELATION	PHONE NUMBER/ TELEFONNUMMER
CONTACT 1/ KONTAKT 1:			
CONTACT 2/ KONTAKT 2:			

On studying the information, we reserve the right to contact your doctor about health issues that could affect the journey.
Vid genomgång av informationen förbehåller vi oss rätten att kontakta din doktor angående hälsoproblem som kan påverka resan.

Please check the box if you prefer to be contacted first before we contact your doctor.

Kryssa i rutan om du föredrar att vi kontaktar dig innan vi kontaktar din doktor.

I hereby authorize that Hurtigruten can use the information provided in this document for the purpose of which it is intended. Ref Article 7. Hurtigruten will delete/destroy the information on completion of the voyage or as soon as possible when the information is no longer needed for medical purposes.

Härmed intygar jag att Hurtigruten kan använda informationen som anges i det här dokumentet i det syfte som den är avsedd för. Ref. artikel 7. Hurtigruten kommer att radera/destruera information vid avslutad resa eller så snart som möjligt när informationen inte längre behövs för medicinska syften.

Part 3: Medical Doctor's Opinion/Del 3: Läkarens utlåtande

Please give this form along with your itinerary to your personal doctor. Please check our webpage for an updated list of destinations where a doctor's opinion is required./ Vänligen ge följande formulär samt din resplan till din doktor. På vår webbplats finns en uppdaterad lista över destinationer där ett läkarutlåtande krävs.

Dear Doctor,

Our traveler is planning an expedition cruise to the areas where sophisticated medical facilities are unavailable. Each vessel carries a doctor and a small infirmary. While not strenuous, travelers who participate on excursions must negotiate a steep gangway, get in and out of landing boats with assistance and be capable of walking a short distance over uneven and slippery terrain ashore. The areas being travelled in are very remote and where medevacs are possible can take up to 2 days and in some cases (such as South Georgia) medevacs are impossible, as the area is out of the range of helicopters and/or landing strips. References to our Expedition Voyages: we ask you to take a quick look at the following links, just to give you an idea what kind of journey this is:
https://www.youtube.com/watch?v=PSJMTtp_6kQ
<https://www.youtube.com/watch?v=ADwZDRriSHs>

According to our regulations, passengers in "poor" health condition are in high risk of complications during the trip and therefore they should not join the voyage. Master and Doctor will deny passengers to come onboard with a medical form incomplete and/or with an unstable physical health condition. We would like to be sure that each of our passengers is in adequate medical condition for the voyage and that our shipboard doctor is fully alerted to any potential health problems.

Bästa doktor,

Vår resenär planerar en expeditionskryssning till områden där ordentliga sjukvårdsinrättningar inte är tillgängliga. På varje fartyg finns en doktor och ett mindre sjukrum. Resenärer som deltar på utflykter måste ta sig över en brant landgång, ta sig av och på landstigningsbåtar med assistans och kunna gå kortare distanser på ojämn och hal terräng på land. Områdena som vi reser i är väldigt avlägsna och sjukvårdstransport kan ibland ta upp till två dagar och i vissa fall (såsom Sydgeorgien) är sjukvårdstransport inte möjlig eftersom området inte kan nås via helikoptrar och/eller landningsbanor. Referenser till våra expeditionsresor: Vi ber dig ta en snabb titt på följande länkar så att du får en bild av vilkens slags resa det här är:
https://www.youtube.com/watch?v=PSJMTtp_6kQ
<https://www.youtube.com/watch?v=ADwZDRriSHs>

Enligt våra bestämmelser löper passagerare med dålig hälsa stor risk att drabbas av komplikationer under resan och bör därför inte följa med. Både kapten och doktorn kommer att neka passagerare ombordstigning om de har ett ofullständigt hälsoformulär och/eller instabil fysisk hälsa. Vi vill säkerställa att samtliga av våra passagerare är i lämpligt skick för resan och att vår doktor ombord är informerad om eventuella hälsoproblem.

WE WOULD APPRECIATE YOUR EVALUATION OF THE TRAVELERS' OVERALL PHYSICAL CONDITION (PLEASE CHECK THE APPROPRIATE BOX)/ VI SKULLE UPPSKATTA OM DU KAN UTVÄRDERA RESENÄRENS ALLMÄNNA FYSISKA HÄLSA (KRYSSA I LÄMPLIG RUTA):

POOR/ DÅLIG	<input type="checkbox"/>	FAIR/ GANSKA BRA	<input type="checkbox"/>	GOOD/ BRA	<input type="checkbox"/>	EXCELLENT/ UTMÄRKT	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------

THE TRAVELERS' ABILITY TO PARTICIPATE IN THIS EXPEDITION AND EXCURSIONS/ RESENÄRENS MÖJLIGHET ATT DELTA PÅ DEN HÄR EXPEDITIONEN OCH PÅ UTFLYKTER:

POOR/ DÅLIG	<input type="checkbox"/>	FAIR/ GANSKA BRA	<input type="checkbox"/>	GOOD/ BRA	<input type="checkbox"/>	EXCELLENT/ UTMÄRKT	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------

PLEASE ELABORATE ON ANY MEDICAL CONDITIONS THAT YOU FEEL OUR SHIPBOARD DOCTOR SHOULD BE AWARE OF/ BESKRIV DE SJUKDOMSTILLSTÅND SOM DU KÄNNER ATT LÄKAREN OMBORD BÖR KÄNNA TILL:

.....

.....

.....

Thank you for your help. Tack för hjälpen.

DOCTOR'S NAME (BLOCK LETTERS)* / NAMN PÅ DOKTOR (TRYCKBOKSTÄVER)*:			
CODE/ KOD:		REGISTRY NUMBER/ REGISTRERINGSNUMMER:	
TELEPHONE*/ TELEFON*:		E-MAIL/ E-POST:	
CITY, STATE, COUNTRY*/STAD, REGION, LAND*:			

DATE*/DATUM*:

DOCTOR'S SIGNATURE*/UNDERSKRIFT FRÅN DOKTOR*:

The doctor is not responsible for any medical occurrences during the voyage. By signing the medical form, the doctor is merely complying with the requirement that guests are fit for travel on the above-noted date. / Läkaren ansvarar inte för eventuella medicinska händelser under resan. Genom att underteckna det medicinska formuläret intygar läkaren endast att gästerna är friska nog för att resa vid ovannämnda datum.

**mandatory fields/*obligatoriska fält.*

**DOCTOR'S STAMP/
DOKTORNS STÄMPEL:**