

מידע כללי

שם הנוסע:

טלפון נייד:

תאריך טיסה/ מספר טיסה / מספר הזמנה:

נוסע המבקש לעשות שימוש בבלון חמצן ו/או במחולל חמצן בטיסות ישראיר, יגיש הצהרה זו כתומה על ידו ועל ידי הרופא המטפל ובנוסף ישלח מפרט יצרן של מחולל החמצן שברשותו.

את ההצהרה ומפרט היצרן למחולל החמצן יש להעביר לחברת ישראיר עד 72 שעות לפני מועד הטיסה כדלקמן:

טיסה פנים ארצית – פקס מספר: 00-92-796-3 (0) 972 + כתובת מייל RESERVATIONS@ISRAIR.CO.IL

טיסה בינלאומית – פקס מספר: 54-55-511-3 (0) 972 + כתובת מייל SITE@ISRAIR.CO.IL

הצהרת הנוסע

1. הנני אחראי לוודא שמחולל החמצן פועל בצורה תקינה וללא נזק.
2. הנני אחראי לוודא כי ברשותי מספר מתאים של סוללות מוטענות לשימוש לכל אורך הטיסה, בהתאם לצריכת החמצן הנדרשת עבורי ובכלל זה זמני שהיית המטוס על הקרקע.
3. הסוללות ו/או מכשיר הטעינה יארוזו בתיק שיילקח לתא הנוסעים (לא ניתן לשלוח ככבודת מטען) ובצורה שתגן על הפריטים מפני נזק וקצר חשמלי.
4. לא ניתן להשתמש בשקעי מתח הקבועים במטוס לצורך הפעלת מחולל החמצן ו/או טעינת סוללות. על המכשיר לפעול בכח הסוללה בלבד.
5. אני מודע כי לא אשב במושב המוגדר מושב ביציאת חרום.
6. אני מודע כי מחולל החמצן הנו באחריותי הבלעדית ולחברת ישראיר אין אחריות לספק מתח, סוללות ו/או כל ציוד אחר הנדרש להפעלת המכשיר.
7. לי או לאדם המתלווה אלי יש את הידע וההבנה לתפעול מחולל החמצן והיכולת להגיב במקרה של חיווי הניתן על ידי מחולל החמצן.
8. להלן מחוללי החמצן המותרים להטסה בחברת ישראיר במשקל כולל של עד 5 ק"ג (סמן את המכשיר שברשותך):
יש לשלוח את מפרט היצרן למחולל החמצן שברשותך

a. AirSep b. LifeStyle c. FreeStyel d. Inogen One e. SeQual Eclipse f. EverGo

9. ידוע לי כי ייתכן ואדרש לשלם לחברת ישראיר, בעבור אספקת חמצן בטיסה.
10. חל איסור הטסת מיכלי חמצן אישיים.

אני (שם הנוסע) _____
בחייתי על טופס זה מאשר כי אמלא את התנאים וההנחיות להטסת מחולל חמצן כפי שמופיעים לעיל.

חתימת הנוסע _____ תאריך _____

אימות רפואי

הנני מאמת כי (שם הנוסע)

זקוק לאספקת חמצן במהלך הטיסה באמצעות מחולל חמצן ו/או באמצעות מיכל חמצן.

הנני מאשר כי:

- השימוש ביחידת החמצן הנו לצרכים רפואיים (סמן אפשרות המתאימה ביותר לנוסע)

למשך כל זמן הטיסה ובכלל זה המצאות המטוס על הקרקע

לפרקי זמן משתנים ועל פי הצורך של הנוסע

לשימוש הנוסע ביעד בלבד ולא בשלבי הטיסה השונים

- זרימת החמצן הנדרשת היא (סמן אפשרות המתאימה ביותר לנוסע)

2 ליטר לדקה

4 ליטר לדקה

הנני מאשר בזאת כי שם הנוסע המופיע לעיל הנו תחת טיפולי הרפואי ולמיטב ידעתי כשיר לטוס במטוס

חתימה וחותמת הרופא _____ תאריך _____

*הטופס נוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד ומתייחס לשני המינים

GENERAL INFORMATION

Passenger name

Cellular phone #

Flight date/Flight number/ Reservation number.....

A passenger who would like to use a portable oxygen concentrator unit (or other respiratory assistive device) on-board an ISRAIR Airlines' aircraft must obtain a written statement from his or her physician signed by the physician and by the passenger. Also a manufacture spec of the unit must be sent.

This statement and the manufacture spec, should be sent to ISRAIR Airline no later than 72 hours before the flight:

Domestic flight – FAX # +972 (0) 3-796-92-00 Email Address: RESERVATIONS@ISRAIR.CO.IL

International flight - FAX # +972 (0) 3-511-55-54 Email Address: SITE@ISRAIR.CO.IL

PASSENGER STATEMENT

1. I am responsible for ensuring my unit is in good working condition and free from damage.
2. I am responsible for traveling with a sufficient supply of batteries to last the entire journey, per my oxygen requirements, including all ground time.
3. All batteries and/or chargers must be transported in carry-on baggage (not permitted in checked baggage), and must be packed in a manner that protects them from damage and short circuits.
4. Aircraft electrical plugs are not available for use with any electronic device. The unit will be operating by the power of the batteries only.
5. I know I will not be seat-assigned to an exit row seat.
6. I understand that the unit is my responsibility and the airline is not responsible for providing batteries, providing on-board power, or other device-related equipment.
7. I, or someone I am traveling with, have the physical and cognitive ability to see, hear and understand the unit aural and visual cautions and warnings and is able, without assistance, to take the appropriate action in response to those cautions and warnings.
8. Below are the approved Portable Oxygen Concentrators permitted for transportation and use on ISRAIR Airlines flights up to 5 kg (check the one you are using): A manufacture spec of the unit must be sent
 - a. AirSep b. LifeStyle c. FreeStyel d. Inogen One e. SeQual Eclipse f. EverGo
9. I may be charged for expenses incurred by ISRAIR Airlines if onboard emergency oxygen supplies are utilized.
10. No private oxygen cylinder is allowed on board.

I, (Customer's printed name) _____ acknowledge by signing this form that I agree to comply with the terms and conditions for transportation of a portable oxygen concentrator (or other respiratory assistive device), as outlined on this form.

Customer's Signature: _____ Date: _____

MEDICAL STATEMENT

This letter is my verification that _____ requires the use of an approved portable oxygen (POC) or other assistive respiratory device during his/her flight. (Customer's printed name)

I verify the following:

- The use of the device is medically necessary: (check requirement that best applies)
 - Continuously during all phases of the flight, including taxi, take-offs and landings.
 - Intermittently during flight, according to the passenger needs.
 - During the passenger stay in his final destination and not during the flight
- The oxygen flow rate setting (check requirement that best applies)
 - 2 liter per min'
 - 4 liter per min'

I _____ certify that the passenger named above is under my care and in my opinion may travel on-board a (Doctor's printed name)

Physician Signature _____