

מידע כללי:

שם הנוסע _____

טלפון נייד _____

טיסה מספר _____ ליעד: _____ בתאריך: _____ מספר הזמנה: _____

נוסע המבקש לעשות שימוש במחולל חמצן בטיסות ישראיר, יגיש הצהרה זו חתומה על ידו ועל ידי הרופא המטפל. בנוסף, ישלח הנוסע מפרט של יצרן המחולל חמצן שברשותו.

את ההצהרה ומפרט היצרן יש להעביר לחברת ישראיר עד 72 שעות, לפני מועד הטיסה כדלקמן:
טיסה פנים ארצית – מספר פקס: 3-7969200 (0) +972, כתובת מייל: reservations@israir.co.il
טיסה בינלאומית – מספר פקס: 3-5115554 (0) +972, כתובת מייל: site@israir.co.il

הצהרת הנוסע:

1. הנני אחראי לוודא שמחולל החמצן פועל בצורה תקינה וללא כל נזק.
2. הנני אחראי לוודא כי, ברשותי מספר מתאים של סוללות מוטענות לשימוש לכל אורך הטיסה, בהתאם לצריכת החמצן הנדרשת עבורי ובכלל בזמן שהיית המטוס על הקרקע.
3. הסוללות ו/או מכשיר הטעינה יארזו בתיק שילקח לתא הנוסעים (לא ניתן לשלוח ככבודת מטען) ובצורה שתגן על הפריטים מפני נזק ו/או קצר חשמלי.
4. לא ניתן להשתמש בשקעי מתח הקבועים במטוס לצורך הפעלת מחולל חמצן ו/או טעינת הסוללות.
5. הובא לידיעתי כי, לא אוכל לשבת במושב המוגדר מושב יציאת חרום.
6. מחולל החמצן הינו באחריותי, בלבד ולחברת ישראיר אין אחריות לספק מתח ו/או סוללות ו/או כל ציוד אחר, הנדרש להפעלת מחולל החמצן.
7. לאנוכי או לנוסע/ת עימי, יש את הידע וההבנה לתפעול מחולל החמצן, במקרה הצורך והיכולת להגיב במקרה של חייוי על ידי המחולל חמצן.
8. להלן מחוללי החמצן המותרים להטסה בחברת ישראיר, במשקל כולל של עד 5 ק"ג, אגא הקף בעיגול את המכשיר שברשותך:

FAA Approved Portable Oxygen Concentrators - Positive Testing Results:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> AirSep FreeStyle | <input type="radio"/> Inogen One | <input type="radio"/> OxyLife Independence Oxygen Concentrator |
| <input type="radio"/> AirSep LifeStyle | <input type="radio"/> Inogen One G2 | <input type="radio"/> Precision Medical EasyPulse |
| <input type="radio"/> AirSep Focus | <input type="radio"/> Inogen One G3 | <input type="radio"/> RespiroNics EverGo |
| <input type="radio"/> AirSep Freestyle 5 | <input type="radio"/> Inova Labs LifeChoice Activox | <input type="radio"/> RespiroNics SimplyGo |
| <input type="radio"/> (Caire) SeQual eQuinox / Oxywell (model 4000) | <input type="radio"/> International Biophysics LifeChoice / Inova Labs LifeChoice | <input type="radio"/> SeQual Eclipse |
| <input type="radio"/> Delphi RS-00400 / Oxus RS-00400 | <input type="radio"/> Invacare XPO2 / XPO100 | <input type="radio"/> SeQual SAROS |
| <input type="radio"/> DeVilbiss Healthcare iGo | <input type="radio"/> Invacare Solo 2 | <input type="radio"/> VBox Trooper |

9. חל איסור מוחלט על הטסת מיכלי חמצן אישיים. היה ותאושר ע"י הטסת בלון חמצן יעודי בעבורי, ידוע לי כי, אצטרך לשלם תוספת תשלום, בעבור אספקת חמצן בטיסה.

אנוכי (שם הנוסע) _____, בחתימתי על טופס זה, המאשר 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. הנני מאשר כי:

- השימוש ביחידת החמצן הינו, לצרכים רפואיים, בלבד (סמן אפשרות המתאימה ביותר לנוסע).
 1. למשך כל זמן הטיסה, ובכלל זה המצאות המטוס על הקרקע.
 2. לפרקי זמן משתנים, ועל פי הצורך של הנוסע.
 3. לשימוש הנוסע ביעד, בלבד ולא בשלבי הטיסה השונים.
- זרימת החמצן הנדרשת היא (סמן אפשרות המתאימה ביותר לנוסע).
 1. 2 ליטר לדקה.
 2. 4 ליטר לדקה.
- הנני מאשר בזאת כי, שם הנוסע לעיל הנו תחת טיפולי הרפואי ולמיטב ידעתי הינו כשיר לטוס

בטיסה מספר: _____ ליעד: _____ בתאריך: _____
**הטופס נוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, בלבד ומתייחס לשני המינים כאחד.

שם וחתימת הרופא המאשר: _____

GENERAL INFORMATION:

Passenger Name: _____

Cellular Phone: _____

Flight Date _____ **Flight Number** _____ **Destination** _____ **Reservation Number:** _____

A Passenger, who would like to use a portable oxygen concentrator unit or other respiratory assistive device on ISRAIR'S AIRLINES aircraft, must obtain a written statement from his physician signed by the passenger and his physician.

The passenger must send a manufacture spec of the unit and send it directly to ISRAIR'S AIRLINES.

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) 3-7969200, Email Address: reservations@israir.co.il

International Flight – Fax: + 972 (0) 3-5115554, Email Address: site@israir.co.il

PASSENGER STATEMENT:

1. I am responsible for ensuring my unit 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 us with any electronic device. The unit will be operating by the power of the batteries only.
5. Due to my physical condition, 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 understand the unit aural and visual cautions and warning and am able without assistance to take the appropriate actions 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, please surround the type of Portable Oxygen Concentrators, your using:

FAA Approved Portable Oxygen Concentrators - Positive Testing Results:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> AirSep FreeStyle | <input type="radio"/> Inogen One | <input type="radio"/> OxyLife Independence Oxygen Concentrator |
| <input type="radio"/> AirSep LifeStyle | <input type="radio"/> Inogen One G2 | <input type="radio"/> Precision Medical EasyPulse |
| <input type="radio"/> AirSep Focus | <input type="radio"/> Inogen One G3 | <input type="radio"/> Respironics EverGo |
| <input type="radio"/> AirSep Freestyle 5 | <input type="radio"/> Inova Labs LifeChoice Activox | <input type="radio"/> Respironics SimplyGo |
| <input type="radio"/> (Caire) SeQual eQuinox / Oxywell (model 4000) | <input type="radio"/> International Biophysics LifeChoice / Inova Labs LifeChoice | <input type="radio"/> Sequal Eclipse |
| <input type="radio"/> Delphi RS-00400 / Oxus RS-00400 | <input type="radio"/> Invacare XPO2 / XPO100 | <input type="radio"/> SeQual SAROS |
| <input type="radio"/> DeVilbiss Healthcare iGo | <input type="radio"/> Invacare Solo 2 | <input type="radio"/> VBox Trooper |

9. I can 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 (full 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 latter is my verifications that _____ requires the use of an approved portable oxygen (POC) or other assistive respiratory device during his/her flight. I verify the following:

- The use of device is medically necessary (please surround the best applies):
 1. Continuously during all phases of the flight, including taxi, take-offs and landing.
 2. Intermittently during the flight, according to the passenger needs.
 3. During the passenger stay in his final destination and not during the flight
- The oxygen flow rate setting (please surround the best applies):
 1. 2 liter per min'
 2. 4 liter per min'

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

Physician Signature _____