

Attest für deine Flugreise während einer Schwangerschaft

Pregnancy Statement for Air Travel

marabu

Service Center

Wir sind 24/7 für dich erreichbar:

Telefon: +49 (0) 6171-69889-50

E-Mail: service@flymarabu.com

Service Center

You can reach us 24/7:

Telefon: +49 (0) 6171-69889-50

Email: service@flymarabu.com

Herzlichen Glückwunsch! Wir freuen uns, dich bald an Bord begrüßen zu dürfen. Damit deine Reise während der Schwangerschaft angenehm und sicher verläuft, enthält dieses Formular alle wichtigen Informationen.

Die folgende Tabelle zeigt die Voraussetzungen für eine Flugreise mit Marabu. Bitte stelle sicher, dass Seite 2 – falls erforderlich – vollständig von deinem Arzt ausgefüllt wurde und beim Check-in vorgelegt wird.

Congratulations! We look forward to welcoming you on board soon. To ensure a comfortable and safe journey during your pregnancy, this form contains all the essential information.

The table below outlines the requirements for traveling with Marabu. Please ensure that Page 2 – if required – is fully completed by your healthcare provider and presented at check-in.



Schwangerschaft *Pregnancy*

-28 SSW/weeks

Flugtauglich
Fit to fly

29-36 SSW/weeks

Attest für Schwangerschaft vom
Arzt erforderlich
*Pregnancy Statement from the
doctor required*

37+ SSW/weeks

Reisen nicht erlaubt
Travel not allowed



Mehrlingsschwangerschaft *Multiple Pregnancy*

-28 SSW/week

Flugtauglich
Fit to fly

29-32 SSW/week

Attest für Schwangerschaft vom
Arzt erforderlich
*Pregnancy Statement from the
doctor required*

33+ SSW/week

Reisen nicht erlaubt
Travel not allowed



Attest für Ihre Flugreise bei Schwangerschaft *Pregnancy Statement for Air Travel*

Name Reisender *Name of Passenger*

Geburtsdatum *Date of Birth*

Anschrift Arzt *Place of Treatment*

SSW *Weeks of Pregnancy*

Geburstermin *Due Date*

Normale Schwangerschaft, keine Einschränkungen für Flugreise.
Normal pregnancy, no restrictions for air travel.

Risikoschwangerschaft, eine Flugreise ist nicht zu empfehlen.
Risk pregnancy, air travel is not recommended.

Hiermit bestätige ich, dass dieses Formular nicht mehr als 10 Tage vor dem Hinflug ausgestellt wurde.

I hereby confirm that the Pregnancy Statement has not been issued more than 10 days before the passenger's outbound flight.

Ort u. Datum *Place and Date*

Unterschrift Arzt *Signature Attending Physician*

Hinflug *Outbound Flight*

Strecke *Routing* _____

Flug Nr *Flight Nr* _____

Datum *Date* _____

Economy Class

Business Class

Rückflug *Inbound Flight*

Strecke *Routing* _____

Flug Nr *Flight Nr* _____

Datum *Date* _____

Economy Class

Business Class