

Königstrasse 80
70173 Stuttgart

AU-Pair-Society Member

Telefon: +49 (0) 711 / 9370-9571
Fax: +49 (0) 711 / 2229-4631

eMail: office@au-pair-agentur-chance.de
web: www.au-pair-agentur-chance.de

Ärztliches Attest - Medical Certificate

Name/ surname: _____

Vorname/ name: _____

geb. am/ date of birth: _____

Der/die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen einen Aufenthalt als Aupair im Ausland bestehen ärztlicherseits keine Einwände.

The patient mentioned above is at present free from infectious diseases and is in good physical and mental condition. There are no medical objections to a stay as an au pair abroad.

TBC: (Tuberculose)	<input type="checkbox"/> negativ/e	<input type="checkbox"/> positiv/e	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non-tested,
AIDS: (HIV)	<input type="checkbox"/> negativ/e	<input type="checkbox"/> positiv/e	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non-tested,
Hepatitis A:	<input type="checkbox"/> negativ/e	<input type="checkbox"/> positiv/e	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non-tested,
Hepatitis B:	<input type="checkbox"/> negativ/e	<input type="checkbox"/> positiv/e	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non-tested,
Hepatitis C:	<input type="checkbox"/> negativ/e	<input type="checkbox"/> positiv/e	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non-tested,
Drogentest: (drug abuse)	<input type="checkbox"/> negativ/e	<input type="checkbox"/> positiv/e	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non-tested,
Schwanger (pregnant)	<input type="checkbox"/> negativ/e	<input type="checkbox"/> positiv/e	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non-tested,
Diabetes (diabetes)	<input type="checkbox"/> negativ/e	<input type="checkbox"/> positiv/e	<input type="checkbox"/> nicht getestet/ non-tested,

Der/die oben genannte Patient/in hat folgenden Impfstatus seit Geburt (bitte Datum der Impfung angeben):

The above mentioned patient has following status of immunizations since birth (please enter exact dates of each immunization):

Masern / Measles	_____	_____	Oder Datum der Erkrankung _____
			Or date of disease
Röteln / Rubella	_____	_____	Oder Datum der Erkrankung _____
			Or date of disease
Mumps	_____	_____	Oder Datum der Erkrankung _____
			Or date of disease
Tetanus-Diphteria (TD)	_____	_____	_____
Polio	_____	_____	_____
Hepatitis A	_____	_____	_____
Hepatitis B	_____	_____	_____
Typhus	_____	_____	_____

Ort, Datum:
Place, Date

Unterschrift/ Stempel des Arztes:
Signature/ stamp of the doctor

Der/die oben genannte Patient/in hatte bisher folgende Krankenhaus-Aufenthalte:

The above mentioned patient has had following hospital stays:

Der/die oben genannte Patient/in leidet an Allergie(n):

ja nein

The above mentioned patient suffers from allergies:

Wenn ja, bitte erläutern:

If yes, please explain:

Der/die oben genannte Patient/in nimmt regelmäßig Medikamente:

ja nein

The above mentioned patient takes regularly medication:

Wenn ja, bitte erläutern:

If yes, please explain:

Ärztliche Untersuchungen:

Medical examination:

Größe _____
Height

Gewicht _____
weight

Blutdruck _____
bloodpressure

Puls _____
pulse

Sonstiges (misc):

Name und Anschrift des Arztes:

Name and address of the doctor:

Ort, Datum:

Place, Date

Unterschrift/ Stempel des Arztes:

Signature/ stamp of the doctor

