

ARZTZEUGNIS

Świadectwo zdrowia



Familienname <i>Nazwisko</i>	Vorname <i>Imię</i>
---------------------------------	------------------------

Adresse
Adres

Geburtstag <i>Data urodzenia</i> ____ / ____ / ____	Größe (cm) <i>Wzrost</i>	Gewicht (kg) <i>Waga</i>	Geschlecht <i>Płeć</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M
---	-----------------------------	-----------------------------	---

Haben Sie an folgende Krankheiten gelitten:
Czy kandydat choruje lub kiedykolwiek chorował na:

	JA TAK	NEIN NIE		JA TAK	NEIN NIE		JA TAK	NEIN NIE
Tuberkulose <i>gruźlicę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masern <i>odrę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexie <i>anoreksję</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma <i>astmę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln <i>różyczkę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulimie <i>bulimię</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes <i>cukrzycę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps <i>świnę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anämie <i>anemię</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrank <i>choroby serca</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Windpocken <i>ospę wietrzną</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression <i>depresję</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis <i>artretyzm</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malaria <i>malarię</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernie <i>przepuklinę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie <i>epilepsję</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne <i>migreny</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis <i>zapalenie wątroby</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach <i>szkarlatynę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohnmachten <i>zawroty głowy omdlenia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie <i>alergie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Ander: <i>inne:</i>		
						_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn die Antwort JA lautet, bitte geben Sie die Einzelheiten:
Jeśli odpowiedź jest twierdząca proszę podać szczegóły:

Sehkraft <i>Wzrok</i> Rechtes Auge: _____ <i>Oko prawe</i>	Linkes Auge: _____ <i>Oko lewe</i>	Gehör <i>Słuch</i> Rechtes Ohr: _____ <i>Ucho prawe</i>	Linkes Ohr: _____ <i>Ucho lewe</i>
---	---------------------------------------	--	---------------------------------------

For office use only:

GERMED 021

Name und Vorname:
Imię i nazwisko kandydata:

Haben Sie jemals eingenommen Beruhigungsmittel?
Czy kandydat kiedykolwiek używał środków uspokajających?

JA
TAK

NEIN
NIE

Haben Sie jemals Drogen eingenommen oder probiert?
Czy kandydat kiedykolwiek próbował lub używał narkotyków?

Wenn die Antwort JA lautet, bitte geben Sie die Einzelheiten:
Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegóły:

Nehmen Sie im Augenblick irgendwelche Medikamente oder Spritzen ein?
Czy kandydat bierze obecnie jakieś lekarstwa lub zastrzyki?

JA
TAK

NEIN
NIE

Wenn die Antwort JA lautet, bitte geben Sie die Einzelheiten:
Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegóły:

Der allgemeine Gesundheitszustand der Bewerberin ist:
Ogólny stan zdrowia kandydata jest:

ausgezeichnet
doskonały

gut
dobry

zufriedenstellend
średni

schwach
słaby

Die Bewerberin ist fähig die Pflichten des Au Pair ausführen?
Czy kandydat jest zdolny do wykonywania obowiązków Au Pair?

JA
TAK

NEIN
NIE

Name und Vorname des Arztes
Imię i nazwisko lekarza:

Datum
Data

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes
Pieczętka i podpis lekarza

For office use only:

GERMED 021