



Ärztliches Attest

Medical Certificate

Der/Die Au Pair Bewerber/in wird im Ausland mit Kindern zusammenleben und für diese verantwortlich sein. Daher ist es wichtig für uns, über eventuelle körperliche oder mentale Probleme unterrichtet zu sein, die die Eignung des/der Bewerber/in für das Programm beeinträchtigen könnten.

As an Au Pair the applicant will be living with and will be responsible for young children in a foreign country. It is therefore important that we are advised of any physical or mental health problems that may have a bearing on the applicant's ability to participate.

1. Allgemeinmedizin

1. General medicine

Bitte überprüfen Sie die in Teil I des Attestes gemachten Angaben des/der Au Pair Bewerbers/in:

Please review the information provided by the applicant in Part I of this form

Bitte geben Sie an, ob der/die Bewerber/in gegen die folgenden Krankheiten geimpft ist:

Please indicate whether the applicant has been immunized against the following

Tetanus <i>Tetanus</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>	Mumps <i>Mumps</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>
Diphtherie <i>Diphtheria</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>	Keuchhusten <i>Whooping cough</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>
Polio <i>Polio</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>	Typhus <i>Typhoid</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>
Masern <i>Measles</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>	Tuberkulose <i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>
Röteln <i>German measles</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>	Hepatitis B <i>Hepatitis B</i>	<input type="checkbox"/> Ja <i>yes</i>	<input type="checkbox"/> Nein <i>no</i>	Datum: <i>date</i>

Befindet sich der/die Bewerber/in zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Geben Sie bitte detaillierte Informationen, die den Namen der Behandlung oder der Medikamente enthalten, wenn Sie mit „Ja“ antworten.

Is the applicant currently taking any medications? If you answer „yes“, please give full details including the names of any medications.

Leidet der/die Bewerber/in an einer chronischen oder wiederkehrenden Krankheit? Ja

Nein

Does the applicant suffer from any chronic or recurring illness?

yes no

Gibt es ein Medikament, das der/die Bewerber/in regelmäßig einnehmen muß? Wenn ja, welches?

Is the applicant obliged to take regularly any medicine? If yes, please give details.

Ja Nein

Leidet der/die Bewerber/in zur Zeit an einer ansteckenden Krankheit? Ja

Nein

Does the applicant actually have any infectious diseases? If yes, please give details.

yes no

Gibt es physische oder mentale Unregelmäßigkeiten, die eine Gastfamilie bei der Entscheidung für eine aktive 30stündige Betreuung der Kinder durch das Au Pair berücksichtigen sollten? *Is there any physical or emotional reason, which an host family want to take into account when reaching a decision to have the applicant take actively care of their children for 30 hours per week?*

Ja / Yes:
No

Nein /

Hiermit bescheinige ich, daß sich Herr/Frau: _____ in einem guten allgemeinen physischen und psychischen Gesundheitszustand befindet, der ihr/ihm die Arbeit mit Kindern im Ausland erlaubt. I herewith confirm that Mr/Mrs (please add the applicants name) is in good physical and mental health that allows him/her to work with children in a foreign country.

Datum, Anschrift des Arztes
Date, Location

Unterschrift und Stempel des Arztes
Doctors signature and stamp

2. Zahnmedizin

2. *Dentistry*

Bedarf der/die Bewerber/in zur Zeit einer Wurzel- oder Zahnbehandlung? Wenn ja, geben Sie bitte nähere Informationen. *Does the applicant actually need any dental treatment? If yes, please give details.*

Ja / Yes Nein / No

Wenn ja, werden die Zahnschäden bis zur Ausreise des Au Pairs in ca. 2 Monaten behoben sein? *If yes, will the tooth damages be removed until the Au Pairs leaving in about 2 months?*

Ja / Yes Nein / No

Hiermit bescheinige ich, daß sich die Zähne von Herrn/Frau _____ in einem guten Zustand befinden. *I herewith confirm that Mr/Mrs (please add the applicants name) tooth are in a good state.*

Datum, Anschrift des Arztes
Date, Location

Unterschrift und Stempel des Arztes
Doctors signature and stamp

3. Gynäkologie (only for female Au Pairs)

3. *Gynaecology*

Leidet der/die Bewerber/in an einer chronischen oder wiederkehrenden Krankheit? Ja

Nein

Does the applicant suffer from any chronic or recurring illness? If yes, please give details.

yes no

Gibt es ein Medikament, das der/die Bewerber/in regelmäßig einnehmen muß? Wenn ja, welches?

Is the applicant obliged to take regularly any medicine? If yes, please give details.

Ja Nein

Hiermit bescheinige ich, daß sich Herr/Frau _____ in einem guten gesundheitlichen Zustand befindet, der ihr/ihm die Arbeit mit Kindern im Ausland erlaubt.

I herewith confirm that Mr/Mrs (please add the applicants name) is in a good state of health that allows him/her the work with children in a foreign country.

Datum, Anschrift des Arztes
Date, Location

Unterschrift und Stempel des Arztes
Doctors signature and stamp