

Świadectwo Zdrowia Ärztliches Attest

Jako Au Pair kandydat/ka będzie mieszkał/a z dziećmi i będzie za nie odpowiedzialny/a w obcym kraju. Istotne jest abyśmy zostali poinformowani o jakichkolwiek problemach natury psychicznej lub fizycznej kandydata/ki, gdyż mogą one mieć wpływ na udział kandydata/ki w programie Au Pair

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.

Świadectwo Zdrowia wystawia się dla:

Folgende Gesundheitsatteste ist ausgestellt für:

Nazwisko:

Name: _____

Imię:

Vorname: _____

Ulica:

Strasse: _____

Kod, Miasto:

PLZ, Ort: _____

Kraj:

Land: _____

Telefon:

Telefone: _____

Czy kandydat/ka cierpi na chroniczne lub nawracające się choroby?

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

Czy kandydat/ka musi regularnie zażywać jakieś leki?**Jeśli tak proszę wyszczególnić:**

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

Ogólny stan zdrowia

Allgemeiner Gesundheitszustand

Proszę zaznaczyć czy kandydat/ka był/a szczepiony/a przeciw:

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

tężec odra świnka tyfus
Tetanus Masern Mumps Typhus

gruźlica żółtaczkę B koklusz
Tuberkulose Hepatitis B Keuchhusten

Czy kandydat/ka aktualnie zażywa jakieś leki? Jeśli odpowiedź brzmi tak, proszę podać szczegóły wraz z nazwami leków:

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.

Czy kandydat/ka obecnie cierpi na chorobę zakaźną?**Jeśli tak proszę podać szczegóły:**

Leidet der/die Bewerber/in zur Zeit an einer ansteckenden Krankheit? Wenn ja, welches?

Czy kandydat/ka musi stosować jakąś specjalną dietę?

Jeśli tak proszę podać szczegóły

Führt der/die Bewerber/in zur Zeit eine Diät durch? Wenn ja, geben Sie Details.

Czy kandydat/ka ma alergię na zwierzęta?

Jeśli tak, proszę podać szczegóły.

Ist der/die Bewerber/in auf Tiere allergisch? Wenn ja, geben Sie Details.

Czy kandydat/ka ma alergię na jedzenie? Jeśli tak, proszę podać szczegóły.

Ist der/die Bewerber/in auf bestimmte Nahrungsmittel allergisch? Wenn ja, geben Sie Details.

Czy kandydat/ka ma jakieś inne alergię?

Jeśli tak proszę podać szczegóły.

Hat der/die Bewerber/in irgendwelche anderen Allergien? Wenn ja, geben Sie Details.

Czy kandydat/ka kiedykolwiek chorował/a na takie choroby jak epilepsja, astma lub cukrzyca?

Jeśli tak, proszę podać szczegóły?

War der/die Bewerber/in jemals an Epilepsie, Asthma oder Diabetes erkrankt? Wenn ja, geben Sie Details.

Czy kandydat/ka był/a hospitalizowany/a w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Jeśli tak, proszę podać szczegóły

War der/die Bewerber/in in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung? Wenn ja, geben Sie Details.

Czy kandydat/ka ostatnio cierpiała (skarżyła się) na zaburzenia nerwowe, emocjonalne lub depresję?

Jeśli tak, proszę podać szczegóły.

Hattet der/die Bewerber/in in letzter Zeit neurologische oder psychotherapeutische Störungen? Wenn ja, geben Sie Details.

Czy istnieją jakieś psychiczne lub emocjonalne powody, które rodzina goszcząca powinna wziąć pod uwagę, podejmując decyzję o przyjęciu kandydatki do opieki nad dziećmi przez 25-35 godz. w tygodniu?

Gibt es physische oder mentale Unregelmäßigkeiten, die eine Gastfamilie bei der Entscheidung für eine aktive 25-30 stündige Betreuung der Kinder durch das Au Pair berücksichtigen sollten?

Oświadczam że Pan/Pani _____ jest w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, co pozwala jej na opiekę nad dziećmi w ramach programu Au Pair za granicą.

Hiermit bescheinige ich, dass sich Herr/Frau (bitte geben Sie der/die Bewerber/in Name) in einem guten allgemeinen physischen und psychischen Gesundheitszustand befindet, der ihr/ihm die Beschäftigung mit Kindern im Ausland erlaubt.

Miasto, data
Ort, Datum

Podpis i pieczęć lekarza
Unterschrift und Stempel des Arztes