



**AUPAIRTEAM**

- Inh. Nadine Prehn -  
 Josefine-Haas-Str. 12  
 D – 93133 Burglengenfeld  
 Tel.: (0049) 9471 - 3085176  
 Fax : (0049) 9471 - 6028350  
 email: info@aupairteam.de  
 http://www.aupairteam.de

**Ärztliches Attest - Medical Certificate**

**Name/ 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.

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

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

**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