

Certificate of Health/Gesundheitszeugnis

To be completed **in English** by a licensed physician who is not a family member. /
Auf Englisch von einem Arzt auszufüllen, der nicht mit dem Bewerber verwandt ist.



Schüleraustausch seit 1974

ICXchange-Deutschland e.V.
Bahnhofstraße 16-18
26122 Oldenburg
Telefon 0441 92398-0
Telefax 0441 92398-99
info@ICXchange.de
www.ICXchange.de

Applicant's Name/Name des Bewerbers

(dd/mm/yyyy)
Date of birth/Geburtsdatum

Has the applicant ever received treatment, attention or advice from any physician for any of the following diseases? / Hat der Bewerber jemals eine ärztliche Behandlung oder Beratung für eine der folgenden Krankheiten erhalten?

Yes No

- Appendicitis/Blinddarmentzündung
- Has appendix been removed?/Ist der Blinddarm entfernt worden?
- Arthritis/Gelenkentzündung
- Asthma
- Cancer/Krebs
- Diabetes
- Enuresis/Bettnässen
- Epilepsy/Epilepsie
- Goiter/Kropf
- Hepatitis
- Hernia/Leistenbruch
- Has hernia been operated on?/Ist der Bruch operiert worden?
- Insomnia/Schlaflosigkeit
- Learning or Speech Disorder/Lern- oder Sprechstörungen
- Menstrual Cycle Problems/Menstruationsprobleme
- Polio/Kinderlähmung

Yes No

- Rheumatic Fever/Fiebriger Rheumatismus
- Somnambulism/Schlafwandeln
- Scarlet Fever/Scharlach
- Serious Cough/Chronischer Husten
- Serious Headache, Migraine/
Starke Kopfschmerzen, Migräne
- Tonsillitis/Mandelentzündung
- Have tonsils been removed?/
Sind die Mandeln entfernt worden?
- Tuberculosis/Tuberkulose
- Varicella/Windpocken
- Vertigo/Schwindel
- Whooping Cough/Keuchhusten
- Other diseases/Andere Krankheiten

Has the applicant suffered from any disease, impairment or abnormality of the following? / Leidet bzw. litt der Bewerber an Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder Anomalien folgender Organe oder Körpersysteme?

Yes No

- Bones/Knochen
- Brain, Nervous System/Gehirn, Nervensystem
- Cardiovascular System/Herz-Kreislauf-System
- Digestive System/Verdauungssystem
- Endocrine System/Endokrines System
- Eyes/Augen
- Immunity System/Immunsystem
- Kidney/Niere

Yes No

- Locomotor System/Motorisches System
- Metabolism/Stoffwechsel
- Respiratory System/Atemtrakt
- Skin/Haut
- Ears, Nose, Throat/Ohren, Nase, Hals
- Urogenital System/Urogenitalsystem
- Others/Andere

Yes No

- Has the applicant had any surgical operation or ever been hospitalized?/Hatte der Bewerber irgendwelche chirurgischen Eingriffe, oder wurde er jemals in ein Krankenhaus eingewiesen?
- Does the applicant take any medication regularly or periodically?/Nimmt der Bewerber regelmäßig oder zeitweise Medikamente ein?
- Will the applicant take any regularly used drugs to the host country?/Wird der Bewerber regelmäßig einzunehmende Medikamente ins Gastland mitnehmen?
- Has the applicant ever used narcotics, barbiturates or other addictive drugs, with the exception of medication prescribed by a physician?/Hat der Bewerber jemals Narkotika, Barbiturate oder andere süchtig machende Drogen eingenommen, mit Ausnahme von verschriebenen Medikamenten?

Has the applicant ever consulted a psychologist, psychiatrist, neurologist or any other specialist for?

Hat der Bewerber jemals einen Psychologen, Psychiater, Neurologen oder einen anderen Spezialisten konsultiert wegen

- nervous or emotional disorder?/Nervenzstörung oder emotionaler Störung?
- eating disorder (anorexia nervosa, bulimia, etc.)?/Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie etc.)?
- sexual, emotional or physical abuse?/sexuellem, emotionalem oder körperlichem Missbrauch?

IMPORTANT: If "Yes" was checked for any of the above, the physician is requested to provide full details including dates of disease and treatment. / WICHTIG: Falls im Vorangegangenen „Yes“ angekreuzt wurde, wird der Arzt gebeten, nähere Angaben inkl. Krankheits- und Behandlungsdatum zu machen.

Allergies/Allergien

Please identify any allergies to plants, animals, smoke, dust, food or drugs. Does the applicant require medication against allergies regularly? Please list:/Bitte Allergien gegen Pflanzen, Tiere, Rauch, Staub, Lebensmittel und Medikamente angeben. Nimmt der Bewerber regelmäßig Medikamente gegen Allergien ein? Bitte auflisten:

Medical Examination/Ärztliche Untersuchung

Height/Größe Weight/Gewicht Blood Pressure/Blutdruck Pulse/Puls

Does the applicant need corrective lenses (glasses, contacts)?/Benötigt der Bewerber eine Brille oder Kontaktlinsen?

Yes No If yes, please state dioptre:/Wenn ja, bitte Dioptrie angeben: Right Eye/Rechtes Auge Left Eye/Linkes Auge

Pupillary and knee reflexes/Pupillen- und Knireflexe: Normal? Yes No If no, please explain:/Wenn nein, bitte erläutern:

Hearing/Hörvermögen: Normal? Yes No If no, please explain:/Wenn nein, bitte erläutern:

Congenital defects/Angeborene Störungen: Yes No If yes, please explain:/Wenn ja, bitte erläutern:

Scars or identifying marks/Narben oder besondere Kennzeichen: Yes No If yes, please explain:/Wenn ja, bitte erläutern:

Are there any restrictions on the student's participation in physical education and/or sports activities? Gibt es Einschränkungen gegen die Teilnahme des Schülers am Sportunterricht und/oder an sportlichen Aktivitäten?

Yes No If yes, please explain:/Wenn ja, bitte erläutern:

Immunizations/Impfungen (since birth/seit der Geburt)

Please enter day, month and year each immunization was given./Bitte Tag, Monat und Jahr der Impfung eintragen.

	1	2	3	4	5
Tetanus-Diphtheria-Pertussis (TDP) <i>(Primary Immunizations/Grundimmunisierungen)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tdap <i>(Boosters/Auffrischimpfungen)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Measles/Masern	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mumps	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rubella/Röteln	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Varicella/Windpocken	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatitis A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meningococcal Meningitis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Covid 19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Has applicant received BCG immunization?/ Hat der Bewerber eine BCG-Impfung erhalten? Yes No

If yes, please state date./ Wenn ja, bitte Datum angeben

Tuberculin Test/Tbc-Test Date/Datum:

(If positive, chest X-ray is required./Wenn positiv, dann ist eine Thorax-Röntgenuntersuchung notwendig.)

Result/Ergebnis: positive negative

Chest X-ray/Thorax-Röntgen-untersuchung Date/Datum:

Result/Ergebnis: positive negative

Physician's Comment/Stellungnahme des Arztes:

In my opinion the general state of the applicant's health is/Meiner Meinung nach ist der Gesundheitszustand des Bewerbers

excellent/ausgezeichnet good/gut fair/zufriedenstellend poor/schlecht

Physician's signature and stamp/Unterschrift und Stempel des Arztes

Date of examination/Datum der Untersuchung