

Deutsches Rotes Kreuz in Hessen
Volunta gGmbH
Au-pair
Allerheiligentor 2-4
60311 Frankfurt
Telefon: 0611 450416687
E-Mail: kontakt@volunta.de

Ärztliches Attest / Medical Certificate

Name der Patientin/des Patienten
Name of patient

Geburtsdatum/-ort
Date/place of birth

Nimmt die Patientin/der Patient zurzeit irgendwelche Medikamente ein? Bitte erläutern Sie.
Is the applicant currently taking any medications? Please specify.

Ist die Patientin/der Patient jemals in psychologischer Behandlung gewesen? Bitte erläutern Sie.
Has the applicant ever received treatment for nervous or emotional problems?

Bitte geben Sie an, gegen was die Patientin/der Patient geimpft worden ist:
Please indicate against what the patient has been vaccinated?

	Ja/Yes	Nein/No	Wann/When?		Ja/Yes	Nein/No	Wann/When?
Tetanus Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diphtherie Diphtheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Masern Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Röteln Rubella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mumps Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Typhus Typhoid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Keuchhusten Whooping cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Nur für Patientinnen/Patienten, die aus Risikogebieten* stammen:
Only for patients coming from regions at risk*

TBC: negativ/negative positiv/positive Hepatitis: negativ/negative
 positiv/positive
 HIV/AIDS: negativ/negative positiv/positive

Die oben genannte Patientin/der oben genannte Patient ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen einen Aufenthalt als Au-pair/Demi-pair im Ausland bestehen ärztlicherseits keine Einwände.

The above patient 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/Demi-pair abroad.

Bemerkungen:
Remarks

Name, Anschrift und Telefonnummer des Arztes:
Name, address and phone of the doctor

Ort, Datum
Place, date

Unterschrift/Stempel des Arztes
Signature/Stamp of the doctor