



EUROPACare24

**ÄRZTLICHES ATTEST  
ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Teil I füllt die Bewerberin aus  
Teil II füllt der Arzt aus

- Część I wypełnia kandydatka
- Część II wypełnia lekarz

**TEIL I CZĘŚĆ I**

<b>Familiennamen:</b> <i>nazwisko</i>	<b>Geburtsdatum:</b> <i>data urodzenia</i>		
<b>Vorname:</b> <i>imię</i>	<b>Alter:</b> <i>wiek</i>		
	<b>Geschlecht:</b> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> <i>płeć k m</i>		
<b>Adresse (Straße, Haus/Wohnungsnummer, Postleitzahl und Ort, Land):</b> <i>adres (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy i miejscowość, kraj)</i>			
<b>Haben Sie an folgende Krankheiten gelitten?</b> <i>Czy chorował/a Pan/i na poniższe choroby?</i>			
<b>Tuberkulose</b> <i>gruźlicę</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Herzkrankheit</b> <i>choroby serca</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Asthma</b> <i>astmę</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Depression</b> <i>depresję</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b> <i>cukrzycę</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Anorexie</b> <i>anoreksję</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Epilepsie</b> <i>epilepsję</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Bulimie</b> <i>bulimię</i>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Wenn die Antwort „ja“ lautet, geben Sie bitte detaillierte Informationen:</b> <i>Jeśli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegółowe informacje</i>			

**Haben Sie irgendwann eingenommen:**  
*Czy zażywał/a Pan/i kiedykolwiek*

**Beruhigungsmittel** ja  nein   
*środki uspokajające*

**Antidepressive Medikamente** ja  nein   
*lekarstwa antydepresyjne*

**Drogen** ja  nein   
*narkotyki*

**Wenn die Antwort „ja“ lautet, geben Sie bitte detaillierte Informationen:**  
*Jeśli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegółowe informacje*

**Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente oder Spritzen ein?** ja  nein   
*Czy bierze Pan/i obecnie jakieś lekarstwa lub zastrzyki?*

**Leiden Sie an irgendeiner chronischen Krankheit?** ja  nein   
*Cierpi Pan/i na jakąś przewlekłą chorobę?*

**Haben Sie eine spezielle Diät?** ja  nein   
*Stosuje Pan/i jakąś specjalną dietę?*

**Leiden Sie an irgendeiner Allergie?** ja  nein   
*Czy jest Pan/i uczulona (alergie)?*

**Wenn die Antwort „ja“ lautet, geben Sie bitte detaillierte Informationen:**  
*Jeśli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegółowe informacje*

**Ich bestätige, dass alle Informationen und Angaben der Wahrheit entsprechen. Es ist mir bekannt, dass irgendwelche Verstöße gegen den Inhalt dieser Informationen den Ausschluss aus dem Au Pair Programm nach sich ziehen können.**

*Oświadczam, że wszystkie informacje i dane są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a, że podawanie fałszywych informacji może wiązać się z wykluczeniem z programu.*

.....

.....

**Ort und Datum**  
*Miejsce i data*

**Unterschrift**  
*Podpis*



EUROPACare24

## TEIL II CZĘŚĆ II

Die oben genannte Person ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen einen Au Pair Aufenthalt im Ausland ist, aus gesundheitlichen Gründen, nichts einzuwenden.

*Wyżej wymieniona osoba nie choruje obecnie na żadną chorobę zakaźną i jest zdrowa fizycznie i psychicznie. Z medycznego punktu widzenia nie ma żadnych przeciwwskazań co do pobytu za granicą jako Au Pair.*

Der allgemeine Zustand der/der Bewerbers/in ..... ist:  
*Ogólny stan zdrowia kandydata/ tki jest*

ausgezeichnet  
*doskonały*

zufriedenstellend  
*średni*

gut  
*dobry*

schwach  
*słaby*

.....  
Ort und Datum  
*Miejsce i data*

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes  
*Pieczęć i podpis lekarza*