



<b>Candidate's Name</b>	Program:
-------------------------	----------

To be completed and signed by the candidate's physician. The physician should not be related to the candidate. AFS reserves the right to ask for further information and determine if the candidate meets the program medical qualifications.

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_

Please give your opinion on the candidate's general state of health:     Good     Fair     Poor

1. Has the candidate had any of the following diseases?

	Yes	No	If known			Yes	No
Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Titer: _____	Date: _____	Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Titer: _____	Date: _____	Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Titer: _____	Date: _____	Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chicken Pox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sleepwalking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Appendicitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Parasites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If, yes give detailed information and dates \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergies:             Yes     No    If yes, please specify:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Asthma:             Yes     No    If yes, please specify:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diabetes:             Yes     No    If yes, please specify:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seizure Disorder:     Yes     No    If yes, please specify:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other:             Yes     No    If yes, please specify:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Has the candidate ever been hospitalized?

Yes     No    If yes, give dates, diagnosis and outcome for each incident:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



<b>Candidate's Name</b>	Program:
-------------------------	----------

3. Is the candidate currently taking medication or injections (other than those mentioned previously)?

Yes  No If yes, identify the medication, reason for usage, dosage and frequency:

---



---

4. Has the candidate EVER consulted a neurologist, psychologist or any other specialist for a nervous, emotional or eating disorder?

Yes  No

5. Is there a history of, or present evidence of, an emotional, nervous or eating disorder?

Yes  No

6. Are there any health limitations or restrictions on the candidate's activities and / or sports participation or any medical information which should be considered for a home/school placement?

Yes  No If yes, please describe:

---



---

7. Does the candidate wear glasses or contact lenses?

Yes  No

8. When was the candidate's last dental check up?

---

9. Immunizations

	Yes	Day/Month/Year	Day/Month/Year	Day/Month/Year	Day/Month/Year
Measles	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Rubella	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Diphtheria	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Pertussis	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Other	<input type="checkbox"/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

I, the undersigned, certify that a thorough physical examination of the candidate has been given and all important recent medical information has been included on the Health Information Forms, that nothing relevant has been omitted, and that the candidate is able to travel. I understand that the omission of any information could be harmful to the candidate's health care and could result in early termination from the AFS program.

\_\_\_\_\_  
Physician Name and Degree

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Date



**AFS Interkulturelle  
Begegnungen e.V.**

## **Leitfaden zum Ausfüllen der Health Information**

**Die Formblätter „Health Information“ müssen von einem Arzt ausgefüllt und unterschrieben werden, der nicht mit dem Teilnehmer verwandt ist. Dieser Leitfaden soll deswegen an den dementsprechenden Arzt weitergeleitet werden.**

Bitte seien Sie ehrlich und legen Sie alle krankheitsrelevanten Informationen bei, damit die Betreuer und Ärzte im Ausland um den Zustand des Schülers wissen und eine dementsprechende Betreuung gewährleisten können. Sämtliche Informationen sollten leserlich und auf Englisch verfasst sein! AFS behält sich das Recht vor, weitere Informationen anzufordern und festzulegen, ob der Teilnehmer die Gesundheitsanforderungen für das Programm erfüllt.

Vollständiger Name des Teilnehmers (bitte auf beiden Seiten angeben)  
Größe (cm) - Gewicht (kg)

Wie beurteilen Sie den Gesundheitszustand des Schülers?  
Gut (Good), Zufriedenstellend (Fair), Schlecht (Poor)

### **1. Has the candidate had any of the following diseases?**

Kreuzen Sie bitte für die folgenden Krankheiten an, ob der Teilnehmer sie hatte. Falls ja, schreiben Sie bitte in die Zeile darunter, wann die Krankheit auftrat und wie sie verlaufen ist: Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Poliomyelitis, Hepatitis, Tuberkulose, Rheuma Husten (chronisch), Kopfschmerzen (chronisch), Schlafwandeln, Enuresis, Appendicitis, Parasiten (intestinal)

ALLERGIEN: Falls ja, welche Art der Allergie? Welche Medikamente sowie Dosierung und Häufigkeit der Einnahme.

ASTHMA: Falls ja, Art und Schwere der Erkrankung. Medikamente, etc.

DIABETES: Falls ja, Art und Schwere der Erkrankung. Medikamente, etc.

ANFALLSLEIDEN/EPILEPSIE: Falls ja, Art und Schwere der Erkrankung, Medikamente, etc.

OTHER: Falls andere Erkrankungen vorliegen, bitte Art und Schwere der Erkrankung beschreiben. Welche Medikamente nimmt der Schüler deswegen und wie häufig?

### **2. Has the candidate ever been hospitalized?**

War der Teilnehmer jemals in stationärer Behandlung? Falls ja, geben Sie bitte die Daten und Ergebnisse aller Unfälle, Krankheiten und Operationen an, die einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machten!

### **3. Is the candidate currently taking medication or injections?**

Nimmt der Teilnehmer zurzeit andere als bereits oben angegebene orale oder injizierte Medikamente? Falls ja, geben Sie bitte an, um welche Medikamente es sich handelt, warum und in welcher Dosierung und Häufigkeit sie verabreicht werden!

### **4. Has the candidate ever consulted a neurologist, psychologist or any other specialist for a nervous, emotional or eating disorder?**

War der Teilnehmer JEMALS wegen eines neurologischen oder emotionalen Problems oder einer Essstörung bei einem Neurologen, Psychologen oder anderem Facharzt in Behandlung?

### **5. Is there a history of, or present evidence of, an emotional, nervous or eating disorder?**

Liegen eine Krankheitsgeschichte bzw. Hinweise auf ein gegenwärtiges neurologisches oder emotionales Problem bzw. eine Essstörung vor?

Falls Frage 4. und/oder 5. mit „Ja“ beantwortet wurden, ist ein vollständiger Bericht des behandelnden Arztes bzw. Facharztes und eine Erklärung des Teilnehmers über die Krankheit oder das spezifische Problem in einem verschlossenen Umschlag diesem Formular beizufügen. Darin sollte eine klare Einschätzung enthalten sein, ob dem angestrebten Auslandsaufenthalt irgendwelche Bedenken entgegenstehen, oder ob dazu geraten wird.

#### *Anmerkung:*

Oft ist die Anpassung an eine Gastfamilie und Gastschule in einem fremden Land mit emotionalem Stress verbunden. Der Auslandsaufenthalt kann daher nicht als Ablenkung von Problemen, als befristete Unterbrechung oder gar Ergänzung einer laufenden Therapie angesehen werden. Die Anforderungen eines solchen Aufenthaltes können sogar bestehende emotionale, physische, persönliche oder familiäre Probleme verstärken. Daher bitten wir Sie, die jetzige bzw. frühere gesundheitliche Verfassung des Teilnehmers sorgfältig zu prüfen. Auch bitten wir Sie, zu prüfen, ob der Teilnehmer fähig ist, mit den möglichen Anpassungsproblemen und Stressfaktoren in einer fremden Umgebung umzugehen.

**6. Are there any health limitations or restrictions on the candidate's activities and/or sports participation or any medical information which should be considered for a home/school placement?**

Gibt es medizinische Gründe, die die körperlichen Aktivitäten des Teilnehmers einschränken und die für eine Platzierung zu beachten sind (z. B. eingeschränkte Teilnahme am Sportunterricht)? Wenn ja, bitte erläutern Sie diese.

**7. Does the candidate wear glasses or contact lenses?**

Trägt der Teilnehmer eine Brille bzw. Kontaktlinsen?

**8. When was the candidate's last dental check up?**

Wann war die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung?

**9. Immunization**

Bitte geben Sie die genauen Impfdaten des Teilnehmers für folgende Krankheiten an:

Masern - Mumps - Röteln - Diphtherie - Keuchhusten - Tetanus - Polio - BCG - Hepatitis B - Andere -

Ich, der/die Unterzeichnende habe den Teilnehmer gründlich untersucht und bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle wesentlichen medizinischen Informationen in den Formblättern „Health Information“ gegeben worden und keine wichtigen medizinischen Tatbestände unerwähnt geblieben sind. Der Teilnehmer ist reisefähig. Mir ist klar, dass die Zurückhaltung von Informationen das medizinische Wohlergehen des Teilnehmers gefährden und zu einem verfrühten Abbruch des Programms führen kann.

---

Name, Titel, Unterschrift, Adresse, Datum (bitte Formular mit Arztstempel versehen)