

Ärztliches Attest  
Medical Certificate  
Certificat Médical  
Certificado Médico  
Swiadectwo Zdrowia  
Медицинская справка



Name/Surname/Nom/Apellido/Фамилия: \_\_\_\_\_

Vorname/Name/Prénom/Nombre/Имя: \_\_\_\_\_

Anschrift/Address/Adresse/Dirección/Адрес: \_\_\_\_\_

geboren am/Date of Birth/Née le/fecha de nacimiento/дата рождения: \_\_\_\_\_

**Der/die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten und ist physisch und psychisch gesund. Gegen einen Aufenthalt als Au pair 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.

Le/la patient/e susmentionné/e n'est actuellement pas atteint/e de maladies contagieuses et est en bonne santé physique et psychique. Du point de vue médical il n'existe aucune objection à un séjour Au pair à l'étranger.

El/la paciente mencionado/a arriba no padece actualmente de enfermedades contagiosas y se encuentra física y psíquicamente bien. De punto de vista médico no se tiene nada en contra de una estancia en el exterior como Au pair.

Pacjent/ka wyżej wymieniony/a nie jest zarazony/a chorobami zaraźliwymi, jest w dobrej kondycji zdrowotnej i mentalnej. Nie ma żadnych medycznych przeciwwskazań aby pracował/a jako opiekun/ka dla dzieci poza granicami Polski.

Вышеназванный пациент в настоящее время инфекционных заболеваний не имеет и находится в хорошем физическом, психическом и умственном состоянии. У пациента отсутствуют медицинские противопоказания для работы с детьми за рубежом.

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| TBC: getestet, tested, testé,                    | <input type="checkbox"/> negativ/e, negatif | <input type="checkbox"/> positiv/e, positif | <input type="checkbox"/> nicht getestet, non-tested, non-testé |
| Туберкулёз: тест проведён                        | <input type="checkbox"/> отрицательный      | <input type="checkbox"/> положительный      | <input type="checkbox"/> тест не проводился                    |
| An AIDS erkrankt: getestet, tested, testé (SIDA) | <input type="checkbox"/> negativ/e, negatif | <input type="checkbox"/> positiv/e, positif | <input type="checkbox"/> nicht getestet, non-tested, non-testé |
| СПИД: тест проведён                              | <input type="checkbox"/> отрицательный      | <input type="checkbox"/> положительный      | <input type="checkbox"/> тест не проводился                    |
| Hepatitis: getestet, tested, testé (hépatite)    | <input type="checkbox"/> negativ/e, negatif | <input type="checkbox"/> positiv/e, positif | <input type="checkbox"/> nicht getestet, non-tested, non-testé |
| Гепатит: тест проведён                           | <input type="checkbox"/> отрицательный      | <input type="checkbox"/> положительный      | <input type="checkbox"/> тест не проводился                    |

**Die oben genannte Patientin ist zuckerkrank:**  ja  nein

The above mentioned patient suffers from diabetes:  yes  no

Вышеназванная пациентка страдает диабетом:  да  нет

**Die oben genannte Patientin leidet an folgender/n Allergie(n):**

The above mentioned patient is allergic against the following substance(s)  
Вышеназванная пациентка имеет аллергию на :

Bemerkungen (Deutsch/English !): \_\_\_\_\_

Remarks: Remarque: \_\_\_\_\_

Comentarios: Примечания : \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Name and address of the doctor: \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin: \_\_\_\_\_

Apellido y dirección del médico: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и адрес врача: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Place, Date: Lieu, Date: \_\_\_\_\_

Lugar, Fecha: Место, Дата: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel des Arztes: \_\_\_\_\_

Signature/Stamp of the doctor: \_\_\_\_\_

Signature/Tampon du médecin: \_\_\_\_\_

Firma/Cuño del médico: \_\_\_\_\_

Подпись/Печать врача: \_\_\_\_\_