



Gesundheitszeugnis- Health Certificate

Auszufüllen und zu unterschreiben von einem Arzt/einer Ärztin (bevorzugt Hausarzt/Hausärztin). Der Arzt/die Ärztin darf in keinem Verwandtschaftsverhältnis mit dem/der Freiwilligen stehen. Jede Frage muss wahrheitsgemäß und ggf. mit zusätzlichen Erklärungen beantwortet werden (bei Bedarf separate Seite verwenden). ijgd behält sich das Recht vor, Nachfragen zu den hier genannten Angaben zu stellen und Rücksprache mit dem/der Freiwilligen zu halten, um sicherzustellen, dass durch den Freiwilligendienst kein Gesundheitsrisiko seitens des/der Freiwilligen eingegangen wird. Sollte der Arzt/die Ärztin medizinische Bedenken bezüglich der Ausreise des/der Freiwilligen haben, wird durch Rücksprache mit ijgd und dem/der Freiwilligen das weitere Vorgehen besprochen und ggf. von einer Teilnahme am Incoming-Programm der ijgd abgeraten.

To be completed and signed by the volunteer's physician. The physician should not be related to the volunteer. Each question must be answered truthfully and detailed information needs to be given if relevant (use extra pages if necessary). ijgd reserves the right to ask for further information and to discuss results with the volunteer if questions arise. If the physician has reservations regarding the participation of the volunteer, consequent procedures will be discussed by ijgd and the volunteer. ijgd reserves the right to exclude the volunteer from the incoming-programme on medical grounds.

Name des Freiwilligen/der Freiwilligen/Name of Volunteer				Geburtsdatum/Birthdate	
Größe (m)/ Height	Gewicht (kg)/ Weight	Blutdruck/ Blood Pressure	Puls/ Pulse	Atmung/ Respiration	

Der/die Freiwillige ist/war an folgenden Krankheiten/Funktionsstörungen erkrankt/ The volunteer has/had the following medical diseases/conditions:

	Ja/ Yes	Nein/ No		Ja/ Yes	Nein/ No
Windpocken/ Chicken Pox			Blinddarm/ Appendicitis		
Masern/ Measles			Schlafwandeln/ Sleepwalking		
Mumps/ Mumps			Magersucht/ Anorexia Nervosa		
Polio/ Poliomyelitis			Bulimie/ Bulimia		
Rheumatisches Fieber/ Rheumatic Fever			Parasiten/ Parasites (internal)		
Röteln/ Rubella			Migräne/ Headaches		
Scharlach/ Scarlet Fever			Kreislaufstörungen/ Vertigo/Dizziness		
Hepatitis/ Hepatitis			Husten (chronisch)/ Cough		
Schilddrüse/ Thyroid			Tuberkulose/ Tuberculosis		

Wenn JA, bitte detaillierte Informationen und Daten bezüglich aller Krankheiten nennen, die den aktuellen Gesundheitszustand beeinflussen./ If yes, give detailed information and dates on any disorders/illnesses that influence the current medical condition.

AKNE/ACNE ☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Bei JA, bitte die Medikamente, Dosis und Dauer der Behandlung angeben./ *If yes, give information on any medication taken, name, and dosage.*

ALLERGIEN/ALLERGIES ☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Bei JA, bitten die Art der Allergie, Medikamente, Dosis und Dauer der Behandlung angeben./ *If yes, identify type, any medication taken, name and dosage.*

ASTHMA/ASTHMA ☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Bei JA, bitten die Art, Stärke, Medikamente, Dosis und Dauer der Behandlung angeben./ *If yes, identify type, severity, any medication taken, name and dosage.*

DIABETES/DIABETES ☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Bei JA, bitte den Typ, die Stärke, Medikamente, Dosis und Dauer der Behandlung angeben./ *If yes, identify type, severity, any medication taken, name and dosage.*

EPILEPSIE/SEIZURE DISORDER ☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Bei Ja, bitte die Art, die Stärke, Medikamente, Dosis und Dauer der Behandlung angeben./ *If yes, identify type, severity, any medication taken, name and dosage.*

Hat der/die Freiwillige Erkrankungen oder Abnormalitäten folgender Organe/ Systeme gehabt/ *Has the volunteer ever had any disease, impairment or abnormality of:*

	Ja/ Yes	Nein/ No		Ja/ Yes	Nein/ No
Abdominale Organe, Verdauungssystem/ <i>Abdominal organs, digestive system</i>			Herz-, Blutgefäßkrankheiten/ <i>Heart, blood vessels</i>		
Lungen, Atmungssystem/ <i>Lungs, respiratory system</i>			Mandeln, Nase, Hals/ <i>Tonsils, nose or throat</i>		
Knochen, Gelenke, Bewegungsapparat/ <i>Bones, joints, locomotor system</i>			Blut, Hormonsystem/ <i>Blood, endocrine system</i>		
Urogenitalsystem/ <i>Genito-urinary system</i>			Augen/Sehvermögen, Ohren/Hörvermögen/ <i>Eyes/vision, ear/hearing</i>		

Wenn JA, bitte detaillierte Informationen und Daten bezüglich aller Krankheiten nennen, die den aktuellen Gesundheitszustand beeinflussen./ *If yes, give detailed information and dates on any disorders/illnesses that influence the current medical condition.*

War der/die Freiwillige jemals in stationärer Behandlung?/ *Has the volunteer ever been hospitalised?*

☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Bei JA, bitte die Daten, Diagnose und Resultate der Krankheiten nennen, die den derzeitigen Gesundheitszustand beeinflussen./ *If yes, give dates, diagnosis and outcome only for any incident relevant to the current medical condition.*

Ist die Freiwillige derzeit schwanger? *Is the volunteer currently pregnant?*

☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Wenn ja, wann ist der voraussichtliche Geburtstermin? *If yes, when is the estimated due date:*

Nimmt der/die Freiwillige derzeit Medikamente (die bisher noch nicht genannt wurden)?/ *Is the volunteer currently taking medication (other than those mentioned previously)?*

Bei JA, bitte Namen des Medikaments, Grund der Einnahme, Dosis und Dauer der Behandlung angeben./ *If yes, identify the medication, reason for usage, and dosage.*

Existieren Einschränkungen bezüglich Aktivitäten und Aufgaben während des Freiwilligendienstes oder müssen medizinische Einschränkungen während des Freiwilligendienstes berücksichtigt werden?/ *Are there any health limitations or restrictions on the candidate's activities or any medical information which should be considered for a stay abroad?*

☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Bei JA, bitte erläutern/ *If yes, please give details:*

Hat der/die Freiwillige in den letzten fünf Jahren einen Neurologen, Psychologen, Psychotherapeuten oder einen anderen Spezialisten für Nervenkrankheiten, emotionalen Stress und/oder Essstörungen aufgesucht?/ *Has the volunteer consulted a neurologist, psychologist or any other specialist for a nervous, emotional or eating disorder within the last five years?*

☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Bei JA, bitte ausführlich erläutern/ *If yes, please give details:*

Existiert eine Vorgeschichte oder akute Anzeichen emotionaler oder psychologischer Krankheiten oder Essstörungen?/ *Is there a history of, or present evidence of, an emotional, nervous or eating disorder?* ☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Bei JA, bitte ausführlich erläutern/ *If yes, please give details:*

Wenn eine oder beide vorhergehenden Fragen mit Ja beantwortet wurden, erläutern Sie bitte ausführlich (separates Blatt), ob und in wie weit die oben angegebenen Krankheiten/ Störungen den generellen Gesundheitszustand des/der Freiwilligen beeinträchtigen./ *If yes to one or both of the two questions above, please explain (separate sheet) whether and to what extent the above mentioned disorders influence the current medical condition of the volunteer.*

Hinweis: Das Leben in einem fremden Land und die Teilnahme am Programm, setzt ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit voraus, welches emotionalen Stress hervorrufen kann. Sollte der/die Freiwillige derzeit unter emotionalem, physischem oder persönlichem Stress leiden, könnte dieser durch den Aufenthalt im Ausland verstärkt werden. Daher bitten wir Sie inständig, den physischen und psychischen Zustand des/der Freiwilligen gewissenhaft einzuschätzen und auch seine/ihre Fähigkeit Stresssituationen und Anpassungsschwierigkeiten in einem fremden Umfeld zu bewältigen, zu beurteilen. **Note:** *Placement in a foreign country and programme participation require adjustment which often involves emotional stress. If the volunteer is experiencing current emotional, physical or personal difficulties, these difficulties can be severely exacerbated by the adjustment demands abroad. Therefore, you are requested to evaluate carefully the candidate's current or previous condition and treatment along with his or her ability to manage potential adjustment anxieties and stress in a foreign environment.*

Bitte beurteilen Sie den allgemeinen Gesundheitszustand des/der Freiwilligen/ *Please rate the overall medical condition of the volunteer:*

Sehr gut/Excellent ☐ Gut/Good ☐ Befriedigend/Fair ☐ Mangelhaft/Poor ☐

Der/die Freiwillige ist aus medizinischer Sicht geeignet an einem Freiwilligendienst im Ausland teilzunehmen/ *The volunteer is medically able to take part in a volunteer programme abroad:*

☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Ich, der Unterzeichner/die Unterzeichnerin, bestätige, dass eine ausführliche Untersuchung des/der Freiwilligen erfolgt ist und alle wichtigen medizinischen Informationen in diesem Formular angegeben und keine relevanten medizinischen Informationen für einen Freiwilligendienst im Ausland vorenthalten wurden. Ich bin mir bewusst, dass das Auslassen von Informationen die Gesundheit des/der Freiwilligen gefährden kann.

I, the undersigned, certify that a thorough physical examination of the volunteer has been given, all important recent medical information have been stated on this forms and that nothing relevant has been omitted. I understand that the omission of any information could be harmful to the volunteer's health.

Name des Arztes/ der Ärztin und Titel
Physician Name and Degree

Unterschrift
Signature

Adresse und Stempel
Address

Datum
Date

Ich der/die Freiwillige versichere, korrekte Angaben über meinen physischen und psychischen Gesundheitszustand gemacht zu haben. Ich bin mir bewusst, dass das Auslassen von Informationen meine Gesundheit gefährden kann. Angaben falscher Informationen können zum Ausschluss vom ijgd- Incoming- Programm führen.

I, the volunteer, certify to have given correct and complete information regarding my physical and psychological condition. I am aware that any information omitted can endanger my own physical and psychological health and can result in an exclusion from the ijgd- Incoming- programme.

Unterschrift der/die Freiwilligen
Signature Volunteer :

Datum
Date: