



**Name der Schülerin/des Schülers:** .....  
 (Name of the student)

**Geburtsdatum und -ort:** ...../...../.....  
 (Date and Place of Birth)

Die folgenden Fragen müssen wahrheitsgemäß von der Hausärztin/vom Hausarzt der Schülerin/des Schülers beantwortet werden. Diese Informationen dienen dazu, um bei auftretenden Problemen angemessene Hilfen in die Wege zu leiten falls notwendig. Bitte konsultieren Sie hierfür einen unabhängigen Arzt, falls der übliche Hausarzt ein Familienmitglied ist.  
 Please get this form truthfully completed by your general practitioner. Please consult an independent practitioner if your usual GP is a family member.

**Größe/height:**.....(in cm)      **Gewicht/weight:**..... (in kg)

**Gegen welche der folgenden Krankheiten ist die/der Schüler/in geimpft?** (Bitte Datum der letzten Impfung eintragen)

**The student is immunised against the following** (please enter the date of the last vaccination):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern/Measles<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....        | <input type="checkbox"/> Tetanus/Tetanus<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....               |
| <input type="checkbox"/> Mumps/Mumps<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....           | <input type="checkbox"/> Diphtherie/Diphtheria<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....         |
| <input type="checkbox"/> TBC/Tuberculosis<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....      | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/Hep A<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....             |
| <input type="checkbox"/> Malaria/Malaria<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....       | <input type="checkbox"/> Hepatitis B/Hep B<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....             |
| <input type="checkbox"/> Windpocken/Chickenpox<br>Letzte Impfung/last vaccination: ..... | <input type="checkbox"/> Keuchhusten/Pertussis<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....         |
| <input type="checkbox"/> Röteln/German measles<br>Letzte Impfung/last vaccination: ..... | <input type="checkbox"/> Meningokokken/Meningococcal B<br>Letzte Impfung/last vaccination: ..... |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung/Polio<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....   | <input type="checkbox"/> Grippe/Influenza<br>Letzte Impfung/last vaccination: .....              |
- Weitere Impfungen/Further vaccinations: .....

**Hat oder hatte die/der Schüler/in Krankheiten?** Has the student ever suffered from any health problems or illnesses?

ja/yes       nein/no

wenn ja, welche/if yes, please specify:

.....  
 .....

**Welche der folgenden Krankheiten hat die/der Schüler/in jemals gehabt?**

**Has the student ever had any of the following illnesses?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Masern/Measles        | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/Hep A                   | <input type="checkbox"/> Depressionen/Depression        |
| <input type="checkbox"/> Mumps/Mumps           | <input type="checkbox"/> Hepatitis B/Hep B                   | <input type="checkbox"/> Ekzeme/Eczema                  |
| <input type="checkbox"/> Windpocken/Chickenpox | <input type="checkbox"/> Hepatitis C/Hep C                   | <input type="checkbox"/> Hämophilie/Haemophilia         |
| <input type="checkbox"/> Röteln/German measles | <input type="checkbox"/> HIV/HIV                             | <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung/Concussion |
| <input type="checkbox"/> TBC/Tuberculosis      | <input type="checkbox"/> Asthma/Asthma                       | <input type="checkbox"/> Epilepsie/Epilepsy             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes     | <input type="checkbox"/> Anorexie, Bulimie/Anorexia, Bulimia | <input type="checkbox"/> Pneumonie/Pneumonia            |
- andere Erkrankungen: .....
- Erkrankungen ohne klare Diagnose: .....

**Hat die/der Schüler/in Herzprobleme?** Does the student have any heart conditions?  ja/yes       nein/no

**Leidet die/der Schüler/in an einer chronischen Erkrankung?** Does the student suffer from any chronic illnesses?

ja/yes       nein/no

wenn ja, welche/if yes, please specify:

.....  
 .....

**Hat die/der Schüler/in Hörprobleme? Does the student have any hearing problems?**  ja/yes  nein/no  
**Trägt die/der Schüler/in: Does the student wear:**  Kontaktlinsen/Contact lenses  Brillen/Glasses

**Wurde die/der Schüler/in jemals operiert? Has the student had any surgeries?**  ja/yes  nein/no  
wenn ja, was und warum wurde operiert / if yes, please specify:

**Hat die/der Schüler/in Allergien? Does the student have any allergies?**  ja/yes  nein/no  
Wenn ja, gegen was ist er/sie allergisch und welche Symptome zeigen sich? If yes, what is he/she allergic to and what symptoms show?

- Medikamente/medication:.....
- Lebensmittel /food: .....
- Insektenstiche/insect bites or stings: .....
- Tiere, Tierhaare/animals, pet hair: .....
- Pollen, Gräser/pollen: .....
- Sonstiges/other: .....

**Trägt die/der Schüler/in eine Zahnsperre? Does the student wear dental braces?**  ja/yes  nein/no  
Wird während des Aufenthaltes in Neuseeland ein Besuch beim Zahnarzt oder Kieferorthopäde voraussichtlich unvermeidbar sein? Will a visit to the dentist or orthodontist be necessary or unavoidable:  ja/yes  nein/no

**Hat oder hatte die/der Schüler/in jemals Essstörungen? Has your son/daughter ever had eating disorders?**  ja/yes  nein/no  
wenn ja, welcher Art, wann und wie wurde behandelt/if yes, when, what kind, and what kind of treatment was required?

**Hat oder hatte die/der Schüler/in jemals eine psychische Erkrankung oder seelische Probleme? Has your son/daughter ever had any mental health issues or emotional Problems?**  ja/yes  nein/no  
wenn ja, welche, wann und wie wurde behandelt/if yes, which ones and when and what kind of treatment was required?

**Hat die/der Schüler/in in den letzten 5 Jahren einschneidende Erfahrungen gemacht (z.B. Todesfall in Familie/ Freundeskreis, Trennung oder Krankheit der Eltern)? Is there any family history we should be aware of?**  ja/yes  nein/no  
wenn ja, welche und wann/if yes, please specify:

Mir ist bewusst, dass ein Auslandsaufenthalt für den/die Schüler/in auch eine Stressbelastung darstellt, die evtl. vorher bestehende psychische oder seelische Probleme erneut auslösen kann.  
I am aware that the challenges of a High School exchange programme can be stressful and trigger psychological problems.

Hiermit erkläre ich, dass ich den/die Schüler/in für emotional stabil halte.  
I declare the student as emotionally stable.

Meines Wissens nach gibt es keine Gründe, die gegen einen Auslandsaufenthalt in Neuseeland sprechen.  
I have no concerns about the student's intended High School experience in New Zealand.

Möglicherweise benötigt die/der Schüler/in besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich:  
Potentially the student might need special attention in regards to:

Datum & Ort/Date & Place: .....

Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

Signature of the General Practitioner: .....

