

Allergies/Allergien

Please identify any allergies to plants, animals, smoke, dust, food or drugs. Does the applicant require medication against allergies regularly? Please list: / Bitte Allergien gegen Pflanzen, Tiere, Rauch, Staub, Lebensmittel und Medikamente angeben. Nimmt der Bewerber regelmäßig Medikamente gegen Allergien ein? Bitte auflühren:

Medical Examination/Ärztliche Untersuchung

Height/ Größe _____ Weight/ Gewicht _____ Blood Type/ Blutgruppe _____ Blood Pressure/ Blutdruck _____ Pulse/ Puls _____

Does applicant need corrective lenses (glasses, contacts)?/Benötigt der Bewerber eine Brille oder Kontaktlinsen?

Yes No If yes, please state dioptrre: / Wenn ja, bitte Dioptrie angeben: Right Eye/ Rechtes Auge _____ Left Eye/ Linkes Auge _____

Pupillary and knee reflexes/Pupillen- und Kniereflexe: Normal? Yes No If no, please explain: / Wenn nein, bitte erläutern:

Hearing/Hörvermögen: Normal? Yes No If no, please explain: / Wenn nein, bitte erläutern:

Congenital defects/Angeborene Störungen: Yes No If yes, please explain: / Wenn ja, bitte erläutern:

Scars or identifying marks/Narben oder besondere Kennzeichen: Yes No If yes, please explain: / Wenn ja, bitte erläutern:

Immunizations/Impfungen (since birth/seit der Geburt)

Please enter day, month and year each immunization was given. / Bitte Tag, Monat und Jahr der Impfung eintragen.

	1	2	3	4	5
Diphtheria-Tetanus-Pertussis (DTP) or Tetanus-Diphtheria (TD)					
Oral-Polio					
Measles/Masern				or date applicant had measles oder Datum der Erkrankung	
Mumps				or date applicant had mumps	
Rubella/Röteln				or date applicant had rubella	
Varicella/Windpocken				or date applicant had varicella	
Hepatitis A					
Hepatitis B					
Meningococcal meningitis					
Typhus					

Has applicant received BCG immunization? / Hat der Bewerber eine BCG-Impfung erhalten? Yes No If yes, please state date. / Wenn ja, bitte Datum angeben

Tuberculin Skin Test/Tbc-Hauttest: Result/Ergebnis: positive negative
(If positive, chest X-ray is required. / Wenn positiv, dann ist eine Thorax-Röntgenuntersuchung notwendig.)

Chest X-ray/Thorax-Röntgenuntersuchung Result/Ergebnis: positive negative

Physician's Comment/Stellungnahme des Arztes:

In my opinion the general state of the applicant's health is: / Meiner Meinung nach ist der Gesundheitszustand des Bewerbers:

excellent/ausgezeichnet good/gut fair/zufrieden stellend poor/schlecht

Physician's signature and stamp/Unterschrift und Stempel des Arztes _____ Date of examination/Datum der Untersuchung _____
