

Postfach 2000404, 53134 Bonn
Kennedyallee 50, 53175 Bonn
Telefax (0228) 882-444

Referat ST34

Ärztliches Zeugnis (nur vom Arzt auszufüllen)***Health Certificate (to be completed by a doctor of medicine – physician, MD, medical practitioner - only)***

(*Sofern Sie weniger als 50 km von einer deutschen Botschaft entfernt wohnen, sollte dieses Formular nur vom Vertrauensarzt der Botschaft ausgefüllt werden. Die notwendigen Kontaktinformationen werden Ihnen von der Botschaft genannt.) Das Gesundheitszeugnis darf bei Einreise in Deutschland nicht älter als vier Monate sein. (*If your place of residence is less than 50 km from a German embassy, this form must only be completed by a doctor duly accredited by the embassy. The embassy will provide you with the relevant contact details.) The Health Certificate must not be over four months old on entry to Germany!

Bitte lassen Sie das Formular von dem Arzt deutlich und lesbar in Druckschrift ausfüllen, unterschreiben sowie stempeln und schicken das Original per Post an den DAAD zurück.

Please send the form back to the DAAD by mail. Make sure it has been filled out clearly and legibly in capital letters, stamped and signed by the doctor.

Familienname: Singh Arora
Family Name

Personenkennziffer/ PKZ: 91570858
Personal ref. no.

Vorname: Atul
First Name

Geburtsdatum: 20.11.1991
Date of Birth

1. Größe: cm Gewicht: kg Geschlecht: ☐ m ☐ w/f
Height Weight Sex

2. Blutdruck (mm/Hg) Puls in Ruhe:
Blood pressure Pulse in resting state
stehend: Nach 10 Kniebeugen:
standing after 10 knee-bends
liegend: Nach 2 Minuten:
lying after 2 minutes

3.	Liegt/ lag eine der folgenden Erkrankungen vor? Does or did the candidate have any of the following illnesses/diseases?	Nein No	Ja Yes	Besteht noch Behandlungsbedarf/ Medikation? (s. Punkt 4., S.2) Is any treatment/medication still required? (see Point 4 on Page 2)
3.1	Allergien Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Bauch/einschl. Harnweg Abdomen/including urinary tract	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Bewegungsapparat (Wirbelsäule/Gelenke) Locomotor system (spinal/vertebral/column/joints)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Bronchialasthma Bronchial asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Geschlechtskrankheiten Sexually-transmitted/venereal diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name: Singh Arora
Name

Personenkennziffer/ PKZ: 91570858
Personal ref. no.

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.7 Haut
Skin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.8 Hepatitis
Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.9 Herz, Kreislauf
Cardiovascular system | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.10 Magen, Darm
Gastrointestinal tract | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.11 Neurologische
Neurological disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.12 Geistige oder seelische Störungen
Mental or psychological disorders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.13 Rheuma
Rheumatism | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.14 Schilddrüse
Thyroid gland | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Welche weiteren Behandlungen sind erforderlich bzw. vorgesehen (ggf. mit Medikation)?
What other treatment is required or planned (possibly including any medication)?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. Für weibliche Personen: Steht eine Entbindung bevor?
Is the candidate expecting to give birth in the near future? | Nein
No | Ja
Yes |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja: Voraussichtlicher Entbindungstermin
If yes: When is she expected to give birth (delivery date)?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6. Wurden besondere Befunde auf Virus- und Infektionskrankheiten erhoben?
(z.B. Hepatitis A, B, C/ HIV-Infektion/ Malaria/ Rheuma)
Any particular findings made regarding viral and/or oral infectious diseases (e.g. hepatitis A, B, C/HIV infection/malaria/rheumatism)? | Nein
No | Ja
Yes |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche? Bitte Befund unbedingt beifügen:
If yes, please specify. Please make sure you include the findings:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. Zusammenfassung: Spricht der Gesundheitszustand gegen einen
Studien-/Forschungsaufenthalt in Deutschland?
Are there any reasons why the candidate's state of health should give reason for him/her
not to complete a study or research stay in Germany? | Nein
No | Ja
Yes |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort:
Place

Datum:
Date

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:
Doctor's signature and Stamp
