

Medizinische Angaben

Diesen Teil des Fragebogens soll Euer Hausarzt ausfüllen und unterschreiben. Der Hausarzt darf nicht mit der untersuchten Person verwandt sein. Jede Frage muss detailliert, wenn nötig auf einem separaten Blatt, beantwortet werden. Der Deutsch-Russische Austausch e.V. behält sich das Recht vor, weitere medizinische Informationen von Euch einzuholen und zu entscheiden, ob Ihr aus medizinischer Sicht geeignet seid, am Schüleraustauschprogramm teilzunehmen. Ihr und Eure Eltern müsst diesen Fragebogen unterzeichnen (Jedes Blatt muss von den Eltern unten rechts unterzeichnet werden).

(Эта анкета должна быть заполнена и подписана врачом кандидата. Врач не должен являться родственником кандидата. Ответ на каждый из вопросов должен быть сопровожден детальным объяснением или приложенным отчетом в случае утвердительного ответа («Да»). НРО оставляет за собой право запрашивать дополнительную информацию и решать, можете ли вы по состоянию здоровья участвовать в программе. Кандидат и один из родителей или опекун также должны подписать анкету. Каждый лист должен быть подписан одним из родителей внизу страницы.)

Medizinische Angaben zum Schüler / zur Schülerin:

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____
 Ф. И. О. Кандидата Дата рождения

Größe: _____ **Gewicht:** _____ **Blutdruck:** _____ **Atmung:** _____
 Рост Вес Давление Дыхание

Hat der Schüler / die Schülerin in den letzten 6 Monaten sehr stark Gewicht verloren / zugenommen, gibt es Veränderungen in Blutdruck, Herzfrequenz oder Atmung?

(Имеет ли место, что кандидат в последние 6 месяцев резко терял или набирал вес, есть ли значительные изменения, связанные с кровяным давлением, пульсом или дыханием?)

Ja **Nein** **Wenn ja, bitte erläutern Sie:**
 (Да) (Нет) (Если да, то объясните)

Bitte kreuzen Sie an. Hatte der Schüler / die Schülerin folgende Krankheiten:

(Определите «да» или «нет». Были ли у кандидата следующие заболевания, описанные ниже.)

	Ja (Да)	Nein (Нет)	Wenn bekannt: Wann? (Если известны)
a) Masern (Корь)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) Mumps (Свинка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) Röteln (Краснуха)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d) Windpocken (Ветряная оспа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e) Poliomyelitis (Полиомиелит)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f) Hepatitis (Гепатит)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g) Tuberkulose (Туберкулез)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h) Rheumatisches Fieber (Ревматизм)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i) Husten (ständig, wiederkehrend) (Кашель) (постоянный, периодический)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
j) Kopfschmerzen (ständig, wiederkehrend) (Головные боли) (постоянные, периодические)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
k) Schlafwandeln (Лунатизм)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
l) Bettnässen (Энурез)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
m) Appendizitis (Аппендицит)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
n) Parasiten (Внутренние паразиты)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wenn ja, geben Sie bitte genaue Informationen zu den jeweiligen Erkrankungen an (wenn nötig, auf einer Extraseite). (В случае утвердительного ответа, дайте подробную информацию о заболеваниях (используйте дополнительные страницы).)

1. **Akne** (Прыщи и угревая сыпь) Ja (Да) Nein (Нет)

Wenn ja, bitte lokalisieren, wie stark, werden Medikamente genommen, Name der Medikamente, Dosis und Häufigkeit (Если да, то укажите часть тела, серьезность и лекарства применяемые для лечения, название, дозу и частоту применения):

3. **Allergien** (Аллергия) Ja (Да) Nein (Нет)

Wenn ja, welche, wie stark, werden Medikamente genommen, Name der Medikamente, Dosis und Häufigkeit (Если да, то укажите тип, любые лекарства применяемые для лечения, название, дозу и частоту применения):

4. **Asthma** (Астма) Ja (Да) Nein (Нет)

Wenn ja, Art, wie stark, werden Medikamente genommen, Name der Medikamente, Dosis und Häufigkeit (Если да, то укажите тип, серьезность, любые лекарства применяемые для лечения, название, дозу и частоту применения):

5. **Diabetes** (Диабет) Ja (Да) Nein (Нет)

Wenn ja, Art, wie stark, werden Medikamente genommen, Name der Medikamente, Dosis und Häufigkeit (Если да, то укажите тип, серьезность, любые лекарства применяемые для лечения, название, дозу и частоту применения):

6. **Epilepsie** (Эпилепсия) Ja (Да) Nein (Нет)

Wenn ja, Art, wie stark, werden Medikamente genommen, Name der Medikamente, Dosis und Häufigkeit (Если да, то укажите тип, серьезность, любые лекарства применяемые для лечения, название, дозу и частоту применения):

7. **Hatte der Schüler / die Schülerin jemals eine Erkrankung oder Beeinträchtigung von** (Были ли у кандидата когда-либо болезни, недостаточности или отклонения в след. органах):

	Ja (Да)	Nein (Нет)
a) Organe des Abdomen, Verdauungssystem (брюшная полость, система пищеварения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lunge, Atemwege (легкие, дыхательная система)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Knochen, Gelenke, Bewegungsapparat (кости, суставы, опорно-двигательный аппарат)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Urogenitalsystem (мочеполовая система)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Blutgefäße (кровеносные сосуды)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| f) | Mandeln, Nase oder Hals
(гланды, нос, горло) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) | Blut, endokrines System
(кровеная и эндокринная системы) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) | Augen / Sehfunktion, Ohren / Hörfunktion
(глаза/ зрение, уши/ слух) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, geben Sie bitte genaue Informationen zu den jeweiligen Erkrankungen an (wenn nötig, auf einer Extraseite) (В случае утвердительного ответа, дайте подробную информацию о заболеваниях (используйте дополнительные страницы).)

8. Musste der Schüler / die Schülerin irgendwann einmal im Krankenhaus behandelt werden? (Был ли кандидат когда-либо госпитализирован?)

- Ja (Да) Nein (Нет)

Wenn ja, geben Sie bitte Datum, Diagnose und Folgen für jeden einzelnen Fall an (wenn nötig, auf einer Extraseite) (Если да, то укажите даты, диагноз и последствия каждого случая).

9. Nimmt der Schüler / die Schülerin gegenwärtig Medikamente oder erhält Impfungen (abgesehen von denen, die oben genannt wurden) (Принимает ли кандидат какие-либо лекарства или инъекции (кроме уже указанных) в настоящий момент?)

- Ja (Да) Nein (Нет) **Wenn ja, welche, Gründe, Dosis und Häufigkeit**

(Если да, то укажите данное лекарство, причину применения, дозу и частоту применения)

10. Musste der Schüler / die Schülerin JEMALS einen Neurologen, Psychologen oder anderen Spezialisten für Nerven-, Ess- oder emotionale Störungen aufsuchen?

(Консультировался ли кандидат КОГДА-НИБУДЬ у невролога, психолога или у какого-либо другого специалиста по нервным, эмоциональным расстройствам и расстройствам пищевого поведения?)

- Ja (Да) Nein (Нет)

11. Gibt es Anzeichen für Nerven-, Ess- oder emotionale Störungen?

(Имеются ли свидетельства в прошлом или настоящем об эмоциональных и нервных расстройствах, расстройствах пищевого поведения?)

- Ja (Да) Nein (Нет)

Wenn Sie die Fragen 10 bzw. 11 mit „Ja“ beantwortet haben, muss dem Fragebogen ein vollständiger Bericht eines Facharztes und ein Bericht des Schülers / der Schülerin über die Erkrankung oder die Störung vorgelegt werden.

Anmerkung: Die Unterbringung in einer Gastfamilie und in einer Schule in einem anderen Land und einer fremden Gemeinde erfordern eine Anpassung durch den Schüler / die Schülerin, die

oft auch emotionalen Stress bedeutet. Diese Zeit kann nicht als Entspannung oder zeitweise Entlastung von einer laufenden Therapie dienen. Wenn der Schüler / die Schülerin gegenwärtig emotionale, physische, persönliche oder familiäre Schwierigkeiten hat, können diese durch die Anforderungen während der Teilnahme an einem längerfristigen Schüleraustauschprogramm deutlich verstärkt werden. Daher bitten wir Sie, den gegenwärtigen oder früheren Zustand des Schülers / der Schülerin, eventuelle Behandlungen sowie seine / ihre Fähigkeit, mit potenziellen Anpassungsschwierigkeiten und Stress in einem fremden Umfeld umzugehen, sorgfältig einzuschätzen.

(Если ответ на любой из вопросов № 10, 11 положительный, к анкете необходимо приложить ИСЧЕРПЫВАЮЩИЙ отчет специалиста и пояснение кандидата о данной болезни или специфической проблеме в запечатанном конверте.

Примечание: Пребывание в иностранной принимающей семье, школе или сообществе в другой стране требует адаптации, что часто может сопровождаться эмоциональным стрессом. Этот период не может служить расслаблением или временной приостановкой терапии. Если кандидат в настоящий момент переживает эмоциональные, физические, личные или семейные сложности, они могут серьезно осложниться во время участия кандидата в программе школьного обмена. Поэтому, мы просим Вас, с точностью описать настоящее и недавнее состояние кандидата, возможное лечение, а также внимательно оценить его / ее способность справиться с потенциальными проблемами адаптации и стрессом в иностранной среде.)

12. Gibt es gesundheitliche Einschränkungen betreffs Aktivitäten und/oder der Teilnahme an Sportveranstaltungen oder sonstige medizinische Informationen, die in der Gastfamilie / der Gastschule / der Aufnahmeorganisation bekannt sein sollten?

(Существуют ли какие-либо ограничения по состоянию здоровья кандидата в деятельности и/или спортивной деятельности или любая медицинская информация, которая должна приниматься во внимание принимающей семьей, школой или организацией?)

Ja (Да) Nein (Нет)

Wenn ja, erläutern Sie bitte:
(Если ДА, уточните, пожалуйста)

13. Trägt der Schüler / die Schülerin eine Brille oder Kontaktlinsen?

(Носит ли кандидат очки или линзы?)

Ja (Да) Nein (Нет)

14. Wann war der Schüler / die Schülerin das letzte Mal beim Zahnarzt?

(Когда кандидат проходил последний стоматологический осмотр?)

Trägt der Schüler / die Schülerin eine Zahnspange? Ja (Да) Nein (Нет)

(Носит ли кандидат зубные скобы?)

Wenn ja, wird eine kieferorthopädische Behandlung während der Teilnahme am Schüleraustauschprogramm erforderlich sein? Ja (ДА) Nein (НЕТ)

(Если да, то будет ли необходима помощь ортодонта во время программы?)

Wie häufig? (Как часто?)

15. Wurde der Schüler / die Schülerin gegen die folgenden Krankheiten geimpft? Bitte geben Sie das genaue Datum an! (Кандидату были сделаны следующие прививки: (Пожалуйста укажите точную дату!)

	Ja (Да)	Datum (Д/ М/ Г)	Datum (Д/ М/ Г)	Datum (Д/ М/ Г)
Masern (Корь)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Mumps (Свинка)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

- Röteln** _____
 (Краснуха)
- Diphtherie** _____
 (Дифтерия)
- Keuchhusten** _____
 (Коклюш)
- Tetanus** _____
 (Столбняк)
- Poliomyelitis** _____
 (Полиомиелит)
- BCG** _____
 (Бацилла Кальметта-Герена)
- Hepatitis B** _____
 (Гепатит Б)
- Andere** _____
 (Другие)

Wurde ein TB-Test durchgeführt? Wenn ja, welcher und wann?
 (Тест на туберкулез? Какой тип (обведите нужный)?)

Wenn positiv, wurde der Thorax geröntgt? Ja Datum: Resultat: (+/-)
 (Если положительный, то был ли сделан рентген?) (Да) (Дата) (Результат)

Ich bestätige, dass ich den Schüler / die Schülern gründlich untersucht habe und dass alle wichtigen medizinischen Informationen auf dem vorliegenden Fragebogen eingetragen sind. Es wurde nichts ausgelassen. Der Schüler / die Schülerin kann am Schüleraustauschprogramm teilnehmen.

Es ist mir bewusst, dass fehlende Informationen eine Gefährdung für die Gesundheit des Schülers / der Schülerin darstellen können und den Abbruch der Teilnahme am Schüleraustauschprogramm zur Folge haben können.

(Я, нижеподписавшийся, подтверждаю, что добровольная физическая проверка кандидата была произведена. Вся важная медицинская информация о состоянии здоровья кандидата включена в анкету, ничего важного не было упущено. Кандидат может принимать участие в программе школьного обмена.)

Мне известно, что неполная информация может поставить под угрозу здоровье школьника и повлечь за собой прекращение участия в программе.)

Name, Adresse des Hausarztes	Datum, Unterschrift, Stempel des Hausarztes
(Врач: имя, адрес)	(Дата, подпись, печать врача)

Datum, Unterschrift des Schülers / der Schülerin	Datum, Unterschrift der Eltern
(Дата, подпись кандидата)	(Дата, подпись родителей/опекуна)