

Gesundheitszeugnis für das Prämienprogramm des Pädagogischen Austauschdienstes (PAD)

Die Schülerin / der Schüler
(Vorname, Nachname)
geboren am hat sich am heutigen Tag bei uns persönlich
tt/mm/jjjj
vorgestellt und ärztlich untersuchen lassen.

Als Ergebnis dieser Untersuchung wird bestätigt, dass die o.g. Schülerin / der Schüler

	JA
a) frei von ansteckenden Krankheiten ist.	<input type="checkbox"/>
b) den physischen und psychischen Herausforderungen* des zwei bis vierwöchigen Deutschlandaufenthalts uneingeschränkt gewachsen ist.	<input type="checkbox"/>

Sollte eine chronische Erkrankung und/oder eine psychische Erkrankung vorliegen, sind folgende ergänzende Erläuterungen zur Medikation und/oder Hinweise zu besonderen Anforderungen zu beachten:

Nachweis einer Masernimpfung:

	JA
a) Nachweis eines gültigen Impfschutzes oder Impfung vor Ort am (Datum): [Impfpass, Impfdokumentation wurde/n vorgelegt oder ausgestellt]	<input type="checkbox"/>
b) Immunität	<input type="checkbox"/>
c) Eine Impfung ist aufgrund einer Kontraindikation nicht möglich [entsprechende ärztliche Dokumentation wurde/n vorgelegt oder ausgestellt]	<input type="checkbox"/>

Nachweis der Coronaimpfungen:

	JA	NEIN
Erstimpfung: Datum:, Impfstoff: [Impfpass, Impfdokumentation wurde/n vorgelegt oder ausgestellt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweitimpfung: Datum:, Impfstoff: [Impfpass, Impfdokumentation wurde/n vorgelegt oder ausgestellt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drittimpfung: Datum:, Impfstoff: [Impfpass, Impfdokumentation wurde/n vorgelegt oder ausgestellt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Die Schülerin/der Schüler nimmt den ganzen Tag, oft bis in die Abendstunden, am Programm teil (Museumsbesuche, Sportveranstaltungen, Stadtführungen); dabei werden unter anderem auch mehrstündige Exkursionen zu Fuß absolviert.



Weitere Impfung: Datum:, Impfstoff: [Impfpass, Impfdokumentation wurde/n vorgelegt oder ausgestellt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genesung wurde festgestellt am (Datum) durch [Nachweis/e wurde/n vorgelegt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zur Coronaimpfung:

Nachweis einer Tetanusimpfung (sofern vorhanden):

	JA	NEIN
Nachweis eines gültigen Impfschutzes oder Impfung vor Ort am (Datum):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift und Stempel die Richtigkeit der Angaben Ort, Datum, Stempel (Unterschrift der/des untersuchenden Ärztin/Arztes)	Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! (Name, Ort der Praxis/des Krankenhauses) (Vor-, Nachname der/des untersuchenden Ärztin/des Arztes)
---	---