

ERKLÄRUNG ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND

I. ERKLÄRUNG DES/DER BEWERBER/IN (VOM BEWERBER AUSZUFÜLLEN)

NAME (AUFGRUND DES PERSONALAUSWEISES / REISEPASSES)

VORNAME:

NACHNAME:

GESCHLECHT: MÄNNLICH / WEIBLICH / ICH MÖCHTE DARÜBER KEINE AUSKUNFT GEBEN (*Zutreffendes bitte unterstreichen*)

GEBURTSNAME DER MUTTER: VORNAME..... NACHNAME.....

GEBURTSORT (STADT, LAND): GEBURTSDATUM (TAG, MONAT, JAHR):

STÄNDIGER WOHNSITZ (IN DEM HEIMATLAND):.....

.....

NUMMER DES PERSONALAUSWEISES/REISEPASSES:.....

E-MAIL:

UNGARISCHE HANDYNUMMER (FALLS VORHANDEN): +36 (20 /30 / 70).....

Bitte lesen Sie den Fragebogen sorgfältig durch, und beantworten Sie die Fragen! Diese Erklärung wird dem Arbeitsmediziner weitergeleitet. Auf die hier mitgeteilten Informationen gilt die ärztliche Schweigepflicht.

Körpergewicht: kg Körpergröße:.....cm

Rauchen Sie? **nein/ja/ich habe aufgehört** Alkoholkonsum: **Nein/Gelegentlich/Regelmäßig**

Sind Sie Drogen- oder Alkoholabhängig? **Nein/Ja**

Anamnese früherer Erkrankungen: **Nein/Ja** (*Wenn ja, bitte zählen Sie sie auf*):

.....

Sind Sie gerade in Behandlung oder sind Sie chronisch krank? Stehen Sie unter medizinischer Behandlung? **Nein/Ja** (*Wenn Ja, geben Sie bitte Details an*):

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? **Nein/Ja** (*Wenn ja, bitte zählen Sie sie auf*):

.....

Sind Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger? **Nein/Ja**: Dioptrie? Rechts:..... Links:.....

Haben Sie Hörprobleme? **Nein/Ja** (*Wenn Ja, geben Sie bitte Details an*):

.....

Sind Sie auf irgendeine Chemikalie, Material oder Arzneimittel allergisch? Haben Sie eine andere Art der Allergie? **Nein/Ja** (*Wenn ja, bitte zählen Sie sie auf*):

.....

Hatten Sie jemals Krampfanfälle oder Blackouts? **Nein/Ja**: (*Wenn ja, wann?*)

.....

Frühere Operationen, schwerer Unfälle/Verletzungen (z.B.: Knochenbruch)? **Nein/Ja** (*Wenn ja, bitte zählen Sie sie auf*):

.....

Haben Sie einen Führerschein? **Nein/Ja**: (*Wenn ja – seit Tag/Monat/Jahr*):

Hatten/Haben Sie Infektionskrankheit? **Nein/Ja** (*Wenn ja, bitte zählen Sie sie auf*):

.....

Chronische Krankheiten bzw. Zustände in der Familie

Mutter:

Vater:

Geschwister:

Betreffendes bitte ankreuzen:

Wurden Sie bereits gegen **Hepatitis-B** geimpft?

- Nein Ja – Daten der Impfungen (Tag, Monat, Jahr):
- Folgeimpfungen (wenn vorhanden) (Tag, Monat, Jahr):

Waren Sie bereits an **Masern** erkrankt?

- Nein Ja – Datum (Tag, Monat, Jahr):.....

Sind Sie gegen **Masern** geimpft? *

- Nein Ja – Daten der Impfungen (Tag, Monat, Jahr):.....
* in dem Impfpass/in der Impfbescheinigung als Masern oder MMR-Impfung angegeben

Waren Sie bereits an **Röteln** erkrankt?

- Nein Ja – Datum (Tag, Monat, Jahr):.....

Sind Sie gegen **Röteln** geimpft? *

- Nein Ja – Daten der Impfungen (Tag, Monat, Jahr):.....
* in dem Impfpass/in der Impfbescheinigung als MMR-Impfung angegeben

Waren Sie bereits an **Windpocken** erkrankt?

- Nein Ja – Datum (Tag, Monat, Jahr):.....

Sind Sie gegen **Windpocken** geimpft? *

- Nein Ja – Daten der Impfungen (Tag, Monat, Jahr):.....

Waren Sie bereits mit **Corona** (COVID-19) infiziert?

- Nein Ja – Datum (Tag, Monat, Jahr):.....

Sind Sie gegen **Coronavirus (Sars-CoV-2)** geimpft?

- Nein Ja – Daten der Impfungen (Tag, Monat, Jahr):.....
Name des Impfstoffes:

Insofern Sie gegen Coronavirus geimpft wurden, legen Sie bitte die Kopie des Impfpasses/der Impfbestätigung bei!

In voller Kenntnis meiner strafrechtlichen Verantwortung erkläre ich die Richtigkeit der obigen Angaben und der eingereichten Unterlagen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir eingereichten Unterlagen das Eigentum der Institution bilden, bei der ich mich beworben habe, und diese können nicht zurückgegeben werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich einer Disziplinarmaßnahme unterworfen werden kann, wenn von mir falsche Informationen mitgeteilt wurden.

UNTERSCHRIFT DES/DER STUDIERENDEN: _____ ORT UND DATUM _____

(Tag, Monat, Jahr)

III. CHECKLISTE DER ÄRZTLICHEN UNTERLAGEN:

Nach der Zulassung erfordert die Albert Szent-Györgyi Medizinische Fakultät an der Universität Szeged die nachstehenden ärztlichen Unterlagen zusammen mit dieser Erklärung **in einem separaten, verschlossenen Umschlag** zuzusenden/einzureichen:

- Die folgenden drei serologischen Tests für Hepatitis-B:
 1. **Hepatitis-B-Antigentest (HBsAg)** (Laborbefund)
 2. **Hepatitis-B-Antikörpertest (anti-HBs)**
≥10 mIU/ml ist erforderlich; wenn sie unter 10 mIU/ml sind, ist eine Auffrischungsimpfung erforderlich (Laborbefund)
 3. **Antikörper gegen das HBV c-Antigen (Anti-HBc)** (Laborbefund)
- Datum und Name des Serums der drei Hepatitis-B-Schutzimpfungen. Bitte Kopie des Impfpasses/der Impfbescheinigung beilegen.
- Hepatitis-C-Test** (Laborbefund)
- HIV-Test** (Laborbefund)
- Masern-Virus-Antikörperbestimmung** im Blut (IgG-Positivität nachweisen). Im Falle eines Antikörpermangels ist eine MMR-Impfung nötig (Kopie des Impfpasses/der Impfbestätigung beizulegen)
- Kopie des kompletten Impfpasses* oder der Impfbestätigung* (Impfungen im Kindesalter mitinbegriffen) ausgestellt von Ihrem Hausarzt**
- Kopie des COVID-Impfnachweises** (Insofern Sie geimpft wurden)
- Schriftlicher Befund der Röntgenaufnahme des Brustraumes** (Das Zuschicken der Röntgenaufnahme ist nicht erforderlich.)
- Befund der BLUTUNTERSUCHUNG in schriftlicher Form (Glukose, Leberwerte: AST, ALT, GGT, ALP, Bilirubin; Nierenfunktion: Keratinin, BUN; Differenzialblutbild) und Ergebnis der URINUNTERSUCHUNG in schriftlicher Form**

Die oben genannten ärztlichen Unterlagen müssen mit Namen des/der Studierenden, Datum der Untersuchung(en), Stempel und Unterschrift des Arztes versehen werden. Falls sie nicht oder mangelhaft eingereicht werden, kann die Immatrikulation verweigert werden.

WICHTIG: Ärztliche Untersuchungen müssen nach dem 01. Januar 2023 durchgeführt werden.

III. ZUSAMMENFASSUNG DER ÄRZTLICHEN UNTERLAGEN BZW. LABORBEFUNDE

(MUSS VOM ALLGEMEINMEDIZINER / HAUSARZT DER BEWERBERIN/DES BEWERBERS AUSGEFÜLLT WERDEN)

	Ergebnis / Auswertung:	Datum des Testes: <i>(Tag/Monat/Jahr)</i>	Bemerkung des Hausarztes:
Röntgenaufnahme des Brustraumes			
Blutuntersuchung (CBC, Leberwerte, Nierenfunktion, Glukose.) und Urinuntersuchung			
Hepatitis-B-Antigentest (HBsAg)	<i>negativ / positiv</i>		
Antikörper gegen das HBV c-Antigen (Anti-HBc/ HBc AK)	<i>negativ / positiv</i>		
Hepatitis-B-Antikörpertest (anti-HBs / HBs AK)	Antikörpertiter: mIU/ml <i>immun / *nicht immun</i>		<i>*Im Falle eines Antikörpermangels, Datum der Auffrischimpfung:</i>
HCV-Antikörper (anti-HCV)	<i>negativ / positiv</i>		
HIV-Antigen, Antikörper (HIV-Ag/Ab)	<i>negativ / positiv</i>		
Masern-Virus-Antikörperbestimmung im Blut (IgG-Positivität nachweisen) <i>VERFAHREN? ELISA / EIA / HAI / AI / CLIA</i>	Antikörpertiter: <i>Units:</i> <i>immun / *nicht immun</i>		<i>*Im Falle eines Antikörpermangels, Datum der Auffrischimpfung:</i>

IV. ERKLÄRUNG DES ALLGEMEINMEDIZINER / HAUSARZTES

Der/Die oben genannte Patient/in ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten. Hiermit wird bestätigt, dass er/sie physisch und psychisch gesund ist, somit bestehen ärztlicherseits keine Einwände gegen das Medizinstudium.

Bemerkungen:

NAME UND ADRESSE DES ARZTES:

ORT UND DATUM:

UNTERSCHRIFT:

(TAG/MONAT/JAHR)

(+ LANR)

STEMPEL: