



25 Sandy Hill Road. Woolwich. London SE18 6SA
tel: 0044 (0) 2081231888
mob: 0044 (0) 7852996417
fax: 0044 (0) 2080825275
email: virag.kiss@vigiaupair.co.uk
web: <http://www.vigiaupair.co.uk>

MEDICAL REFERENCE - Orvosi Igazolás

Name of the applicant / Jelentkező neve:	His/Her address / Címe:
--	-------------------------

Is the applicant in good health / A jelentkező egészségi állapota egészében véve jó?

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Has the patient been ill during the last year / Volt beteg a jelentkező az elmúlt év folyamán?

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

If yes, please details / Ha igen akkor kérünk részletes információt:

--

Has the applicant suffered from any of the following / Van-e a jelentkezőnek az itt felsorolt betegségek valamelyike?

Asthma / Asztma :

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Épilepsy / Epilepszia:

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Diabetes / Cukorbetegség:

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Allergies / Allergia:

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Nervous Illness/Idegrendszeri betegség:

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Tuberculosis / Tuberkolózis:

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Hepatitis:

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

AIDS:

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Stress & Depression / Stressz & Depresszió :

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Drog Problems / Drog fogyasztás :

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Back Problems / Gerinc problémák :

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Is the patient suitable for looking after children / Alkalmas a jelentkező a gyermekgondozásra?

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Do you have any knowledge that the applicant needs to take medical treatment in the next 1 – 2? / Van ismerete arról, hogy a jelentkezőnek szüksége van valamilyen rendszeres orvosi kezelésre az elkövetkező 1 – 2 évben?

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

If yes, please details / Ha igen akkor kérünk részletes információt:

--	--

Is the patient fit enough to be as an au pair in England and being responsible for the care of children/ Véleményem szerint a jelentkező egészségügyi állapota megfelel arra hogy Angliában részt vegyen az au pair programban és felelősséggel ellássa a gyermekfelügyeletet.

Yes / Igen	No / Nem
------------	----------

Doctor's Signature/Orvos Aláírása : _____ Date/Dátum : _____

Doctor's stamp/Orvos pecsétje :