

# 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*)

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

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

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 Krampanfälle oder Blackouts? **Nein/Ja**: (*Wenn ja, wann?*)

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

.....

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/Morbilli** erkrankt?

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

Sind Sie gegen **Masern/Morbilli** 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/Rubella** erkrankt?

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

Sind Sie gegen **Röteln/Rubella** 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):.....

*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:

- Thorax-Röntgen oder IGRA-Test (Bluttest) um Tuberkulose auszuschließen.** (Das Zuschicken der Röntgenaufnahme ist nicht erforderlich.)
- Befund der BLUTUNTERSUCHUNG** in schriftlicher Form (Nüchternblutzucker, Leberwerte: AST, ALT, GGT, ALP, Bilirubin; Nierenfunktion: Keratinin, BUN; Differenzialblutbild) und Ergebnis der URINUNTERSUCHUNG in schriftlicher Form
- Kopie des kompletten Impfpasses\* oder der Impfbestätigung\* (Impfungen im Kindesalter mitinbegriffen) ausgestellt von Ihrem Hausarzt**  
Die Impfdokumente müssen bescheinigen, dass Sie gegen Hepatitis B und Masern (Röteln oder Morbilli) geimpft wurden und eine vollständige Impfserie gegen Hepatitis B (mindestens 2 oder 3 Dosen, abhängig vom Impfstofftyp) sowie 2 Dosen gegen Masern (normalerweise in Form von MMR-Impfungen) erhalten haben.
- 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) = Ein Antikörpertiter von ≥10,0 mIU/ml ist als Nachweis der Immunität erforderlich! Wenn der Antikörpertiter unter 10,0 mIU/ml liegt, ist eine Auffrischungsimpfung gegen Hepatitis B erforderlich (die Impfbescheinigung muss beigefügt sein!), und der Antikörpertiter muss 4-6 Wochen nach der Auffrischungsimpfung erneut überprüft werden (das Ergebnis des nachfolgenden Anti-HBs-Tests muss beigefügt werden).
- 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/Morbilli-Virus-Antikörperbestimmung** im Blut (IgG-Positivität nachweisen). Im Falle eines Antikörpermangels ist eine MMR-Impfung nötig (Kopie des Impfpasses/der Impfbestätigung beizulegen)
- Treponema pallidum Antikörper** (Bluttest zur Untersuchung auf Syphilis) (papierbasierter Laborbefund)

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 2025 durchgeführt werden.**

### III. ZUSAMMENFASSUNG DER ÄRZTLICHEN UNTERLAGEN BZW. LABORBEFUNDE

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

	<b>Ergebnis / Auswertung:</b>	<b>Datum des Testes:</b> <i>(Tag/Monat/Jahr)</i>	<b>Bemerkung des Hausarztes:</b>
<b>Röntgenaufnahme des Brustraumes</b> Thorax-Röntgen oder IGRA-Test (Bluttest)			
<b>Blutuntersuchung</b> (CBC, Leberwerte, Nierenfunktion, Glukose.)  <b>und Urinuntersuchung</b>			
<b>Hepatitis-B-Antigentest</b> (HBsAg)	<i>negativ / positiv</i>		
<b>Antikörper gegen das HBV c-Antigen</b> (Anti-HBc/ HBc AK)	<i>negativ / positiv</i>		
<b>Hepatitis-B-Antikörpertest</b> (anti-HBs / HBs AK)	Antikörpertiter:  ..... mIU/ml  <i>immun / *nicht immun</i>  <i>(wenn nicht immun, bitte Instruktionen auf der Seite 2 folgen)</i>		<i>*Im Falle eines Antikörpermangels, Datum der Auffrischimpfung:</i>  .....  ↓  <i>Ergebnis des wiederholten Anti HBs Tests, durchgeführt 4-6 Wochen nach der Auffrischungsimpfung</i>  ..... mIU/ml
<b>HCV-Antikörper</b> (anti-HCV)	<i>negativ / positiv</i>		
<b>HIV-Antigen, Antikörper</b> (HIV-Ag/Ab)	<i>negativ / positiv</i>		
<b>Treponema pallidum Antikörper</b> (Reihenuntersuchung)	<i>negativ / positiv</i>		
<b>Masern/Morbilli-Virus-Antikörperbestimmung</b> 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:**