PHYSICAL EXAMINATION RECORD ili CERTIFICATE OF HEALTH
(to be completed by the examining physician)
(POTVRDA O ZDRAVSTVENOM STANJU- popunjava lekar)

** Podaci iz Upitnika dostupni su isključivo Ministarstvu Prosvete,za prijavu kandidata na projekat "Svet u Srbiji". U druge svrhe se ne može koristiti.*

** The data from the Questionnaire is available exclusively to the Ministry of Education, for the purpose of candidates applying for the "World in Serbia" Project. It cannot be used for other purposes.*

ЛИЧНИ ПОДАЦИ / PERSONAL DATA			
Презиме Family name		Име First name(s)	
Пол Gender	Мушки/женски Male/Female	Датум и место рођења Date and place of birth	
Место и држава сталног боравка Present City and State of Residency			
Број индентификационог документа Pasport Number			
Адреса становања Home address			
Мејл адреса и број телефона Mailing address and phone number			

Да ли сте икада имали неку од следећих болести? (Заокружити одговор и ако је одговор ДА, уписати која болест) Have you ever had any of the following disease? (Circle the answer and if the answer is YES, write which disease)		
Срчана болест Heart disese	no/yes	
Хематолошка болест Hematology disease	no/yes	
Малигност Malignancy	no/yes	
Неуролошка болест Neurological disease	no/yes	
Болест бубрега/ уринарног система Kidney/urinary disease	no/yes	
Болест плућа Lung disease	no/yes	
Болест гениталног система Diseases of genitaly system	no/yes	
Гастроинтестиналне болести Gastrointestinal disease	no/yes	
Функционални поремећај у екстремитетима Functional disorders in extremitas	no/yes	
Ендокринолошка болест Endocrinology disease	no/yes	

Молимо окрените страницу
Please turn the next page

Да ли сте икада имали неку од следећих болести или поремећаја који угрожавају јавно здрав. ред и безбедност? (Одговорите да/не, ако Да, унесите датум опоравка)

Have you ever had any of the following disease or disorders endangering the Public Health, order and security? (Answer yes/no, if yes, enter the date of recovery)

Болести	**Не/Да** **No/Yes**	**Датум опоравка** **Date of recovery**
Туберкулоза Tuberculosis		
Маларија Malaria		
Вирусни хепатитис Viral hepatitis		
Полиомијелитис Poliomyelitis		
Дифтерија Diphteria		
Шарлахна грозница Scarlet fever		
Релапсирајућа грозница Relapsing fever		
Тифус и паратифоидна грозница Typhoid and parathyfoid fever		
Бациларна дизентерија Bacillary dysenteria		
Бруцелоза Brucellosis		
Епидемијски цереброспинални менингитис Epidemic cerebrospinal meningitis		
Епилепсија Epilepsy		
Ментална конфузија Mental confusion		
Психоза (манична, параноична, халуцинантна) Psyhosis (manic, paranoid, hallucinatory)		
Токсикоманија Toxicomania		

Молимо окрените страницу
Please turn the next page

Да ли тренутно користите неки лек или психоактивну супстанцу? (ако је одговор да, напишите који) **At present moment are you using any medication or psychoactive substance? (if answer is yes, please write which one)**

ВАКЦИОНИ КАРТОН
VACCINATION CALENDAR

Врста вакцине Type of vaccine	Датум примања Date of receipt

Молимо Вас да одговорите на следећа питања: **Please answer the following questions:**	
Have you consulted a psychiatrist/psychologist for professional help? Да ли сте се консултовали са психијатром/психол за стручну помоћ?	
Да ли повремено патите од несанице? Do you occasional suffer from insomnia?	
Да ли имате честе промене расположења без разл Do you have frequent mood swings for no reason?	
Да ли сте често напети, уплашени, забринути? Are you often tense, scared, worried?	
Да ли имате проблема са прилагођавањем на нове/непознате ствари или ситуацију: окружење, вршњаци, обавезе итд? Do you have problems in adjusting to new/unfamiliar things or situation: environment, peers, obligations et	

Молимо окрените страницу
Please turn the next page

Висина Height	Тежина Weight	Крвни притисак Blood pressure
cm	kg	mmHg

Лабораторијске анализе - Тестирање на HIV, хепатитис B и C, туберкулозу (QUABTUFERON TB), маларију сифилис. Laboratory exam - testing HIV, Hepatitis B and C, Tuberculosis (QUABTUFERON TB), Malaria and Syphilis serod

*Налазе доставити уз потврду о здравственом стању.
*The findings must be submitted with a certificate of health.

Органи **Organ**	**Опис стања** Condition
Плућа/lung	
Срца/ heart	
Абдомена/ Abdomen	
Линфних чворова/Крајници Lymph nodes/Tonsils	
Коже/ Skin	

Молимо окрените страницу
Please turn the next page

Утисак лекара о здрављу подносиоца захтева **Physician's impression of the applicant health**

Предлози: **Suggestions:**

Потпис лекара и датум
Signature of physician and date

_____

Службени печат
Official stamp

Потврђујем да су информације које пружам поуздане и да разумем питања.
I confirm that the informations which I provide are reliable and that I understand questions.

Датум/Date

_____

Потпис подносиоца/Signature of the applican

_____