

**Selbstauskunft zum Gesundheitszustand** (Diese Seite muss nicht vom Arzt ausgefüllt werden!)

Name des Bewerbers/der Bewerberin: \_\_\_\_\_

Das Ziel dieses Fragebogens ist es, mehr über Deinen allgemeinen Gesundheitszustand, mögliche Allergien/ Unverträglichkeiten oder sonstige Einschränkungen/ Anforderungen zu erfahren, die für die Programmteilnahme und für die Platzierung in einer Gastfamilie relevant sein könnten. Bitte beantworte alle Fragen wahrheitsgemäß. Sie dient dem ODI-Büro lediglich als Vorab-Info und wird nicht an den Partner im Ausland weiter geleitet.

Ich bin allergisch gegen Tiere:  ja  nein.

Wenn ja, gegen:

- Hunde       Katzen       Pferde       Kaninchen/Meerschweinchen/Hamster  
 Vögel       andere Tiere: \_\_\_\_\_

Wenn ja, beschreibe bitte die Symptome und wie stark sie sind und gib an, welche Medikamente Du ggf. gegen die Symptome einnimmst.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich habe andere Allergien/Unverträglichkeiten:  ja  nein.

Wenn ja, gegen:

- Gräser       Pollen       Hausstaub/Milben  
 Nahrungsmittel ( \_\_\_\_\_ )  
 Medikamente ( \_\_\_\_\_ )  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wenn ja, beschreibe bitte die Symptome und wie stark sie sind und gib an, welche Medikamente Du ggf. gegen die Symptome einnimmst.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin wegen meiner Allergien in ärztlicher Behandlung:  ja  nein.

Ich nehme Medikamente gegen meine Allergien ein:  ja  nein (Details bitte oben angeben).

Ich bin Raucher bzw. Raucherin:  ja  nein.

Ich bin Vegetarier bzw. Vegetarierin:  ja  nein.

Ich bin Veganer bzw. Veganerin:  ja  nein.

Ich akzeptiere, dass meine zukünftige Gastfamilie möglicherweise nicht vegetarisch/vegan ist:  ja  nein.

Aufgrund meiner Religion esse ich folgende Nahrungsmittel nicht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich habe oder hatte eine Essstörung:  ja  nein.

Ich habe oder hatte eine  Lernstörung/  Lese-Rechtschreib-Schwäche/  Prüfungsangst:  ja  nein.

Ich habe oder hatte  ADS/  ADHS:  ja  nein.

Ich bin oder war in psychiatrischer Behandlung/Beratung:  ja  nein.

Ich habe eine chronische Erkrankung:  ja  nein.

➔ Wenn Du eine oder mehrere der Fragen mit „ja“ beantwortet hast, gib bitte Details an:

Diagnose: \_\_\_\_\_

Ich bin deswegen in ärztlicher Behandlung:  ja  nein.

Ich war deswegen in ärztlicher Behandlung:  ja  nein.

Ich nehme Medikamente dagegen ein:  ja  nein.

Ich nehme aus anderen Gründen regelmäßig Medikamente ein:  ja  nein.

Sonstige gesundheitliche Einschränkungen/Erläuterungen:

---

---

Aufgrund von Allergien oder aus anderen gesundheitlichen Gründen (bitte angeben) habe ich spezielle Anforderungen an die Gastfamilie (z.B. kein Teppichboden bei Hausstauballergikern):

---

---

Ich kann die gängigen Standardimpfungen nachweisen (u.a. Masern, Mumps, Keuchhusten, Diphtherie):  ja  nein.

Corona-Impfstatus: Ich bin bzw. werde bis Programmbeginn vollständig geimpft sein:  ja  nein.

Ich bestätige, dass keine Krankheiten, Störungen, Einschränkungen oder sonstige Probleme vorliegen, die einer Gastfamilie nicht zuzumuten sind. (Zur Erklärung: mit leichten Allergien oder Behinderungen etc. können Gastfamilien umgehen, aber beispielsweise bei Essstörungen können weder wir noch unsere ausländischen Partner sowie die Gastfamilie die Verantwortung übernehmen.) Wir weisen darauf hin, dass unvollständige oder falsche Angaben einen späteren Vertragsabschluss unwirksam machen können.

Ich willige, mit Einverständnis meiner Eltern, in die Erhebung und Verarbeitung der mit dieser Selbstauskunft übermittelten Daten gemäß den Datenschutzrichtlinien von Open Door International e.V. zum Zweck der Bearbeitung meiner Bewerbung ein. (Siehe auch „Informationsblatt zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten von Teilnehmenden und deren Eltern an den Schüleraustausch-Entsendeprogrammen und Kurzzeitprogrammen von ODI“)

---

Ort, Datum, Unterschrift des/r Bewerbers/in    Ort, Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten