



## Poznan University of Medical Sciences

### HEALTH CERTIFICATE

(to be completed by a physician)  
/do uzupełnienia przez lekarza/

#### **BIOGRAPHICAL DATA** **/DANE PERSONALNE/**

1. Last name /nazwisko/..... first name /imię/.....  
father's first name /imię ojca/..... mother's first name /imię matki/.....
2. Date of birth /data urodzenia/: year /rok/..... month /miesiąc/..... day /dzień/.....  
place of birth /miejsce/ .....
3. Permanent address /adres zameldowania/:  
.....  
.....

#### **PREVIOUS MEDICAL RECORD** **/HISTORIA CHORÓB/**

1. Candidate's medical history /historia medyczna kandydata/:
  - congenital or acquired disability /wrodzona bądź nabyta niepełnosprawność/  
.....
  - chronic conditions: diabetes, asthma, hypertension, rheumatic, allergy, psychiatric, neurological, others /schorzenia przewlekłe: cukrzyca, astma, nadciśnienie, reumatyzm, alergie, zaburzenia psychiczne, choroby neurologiczne, inne/:  
.....
  - medication (temporary/ longstanding) /zażywane leki (tymczasowo, stale)/:  
.....
  - hospitalization, date, diagnosis /hospitalizacja, data, diagnoza/:  
.....  
.....
2. Family diseases /choroby rodzinne/:  
.....
3. Other information /inne informacje/:  
.....

#### **MEDICAL EXAMINATION** **/BADANIE LEKARSKIE/**

1. Height/wzrost/: ..... cm                      Weight/waga/: ..... kg  
Blood pressure/ciśnienie krwi/: .....                      Pulse /puls/: ..... per minute /na minutę/
2. Physical exam of the systems /badanie fizykalne / :  
.....  
Observations /uwagi/:  
.....

3. Vision /wzrok/ ..... glasses/correction R /okulary korekcyjne prawe/: ..... L /lewe/: ..... Colors/kolory/:.....

4. General blood and urine tests /ogólne badania krwi i moczu/:

.....

5. Hepatitis B Vaccinations /Szczepienia przeciw WZW typu B/:

Anti-HBs concentration /poziom anty-HBs/

1..... 2..... 3.....

5.1 Other vaccinations /inne szczepienia/:

Vaccination /szczepienie/: ..... Date /data/: .....

Vaccination /szczepienie/: ..... Date /data/: .....

Vaccination /szczepienie/: ..... Date /data/: .....

Vaccination /szczepienie/: ..... Date /data/: .....

**MEDICAL CONCLUSION** (circle the appropriate)  
**/WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO** (zakreśl odpowiednie)/

1. **Candidate is in good health and hence able to commence medical studies** – YES/NO  
**/Kandydat jest zdrowy i może podjąć studia medyczne** – TAK/NIE/

2. Other conclusions:

/Inne zalecenia:/

• second opinion of specialist required (designate) – YES/NO  
/konieczna druga opinia specjalisty (proszę wskazać) – TAK/NIE/

• required continuous medical observation – YES/NO  
/konieczna stała obserwacja medyczna – TAK/NIE/

• .....

.....

**Place**

**/miejsce/**

**date /data/**

**Physician's name and signature /podpis/**

**Official stamp, address, e-mail, phone or fax No.**  
**/oficjalna pieczęć, adres, e-mail, tel., fax./**