

Ärztliche Untersuchung/Medical Treatment/Reconocimiento médico/Examen médico

Name und Anschrift der:
Name and address of: Reederei Owners Cia. naviera la Cie de navigation
Nombre y dirección de la:
Nom et adresse de:

Agentur Agents Agencia l'agent

Schiffsname/Name of ship/Nombre del buque/Nom du navire Ankunftsdatum/Date of arrival/Fecha de llegada/Date d'arrivée

Ort und Datum/Place and date/
Lugar y fecha/Lieu et date Name und Unterschrift des Kapitäns/Master's name and signature/
Nombre y firma del capitán/Nom et signature du capitaine

Um ärztliche Untersuchung und/oder Behandlung wird für nachfolgend genannten Patienten gebeten:
Medical examination and/or treatment is requested:

Se ruega reconocimiento y/o tratamiento médico de la persona señalada a continuación:
Demande d'examen et/ou de soins médicaux pour la personne ci-dessous nommée:

Rang/Rank/Grado/Grade Name des Kranken/Name of patient Geburtsdatum/Date of birth/
Nombre del paciente/Nom du malade Fecha de nacimiento/Date de naissance

Hinweise für den Zahnarzt/Augenarzt: Nur einfache Behandlungen gehen zu Lasten der Reederei. Kosten für Zahnersatz, Gold- oder Platinkronen/besondere Brillengestelle, Gläser usw. müssen dem Besatzungsmitglied direkt berechnet werden, es sei denn, es handelt sich um notwendigen Ersatz verursacht durch Unfall.

Special note for dentist/optician: Only simple treatment is chargeable to the shipowner. Costs for dentures, gold or platinum crowns/special spectacle frames or lenses are to be paid by the crew-member himself, except replacement was caused by an accident.

Advertencias para el médico dentista/oculista: Sólo los tratamientos sencillos serán a cargo de la Cia. naviera. Los gastos para dentadura, puentes de oro o platino/monturas o cristales especiales para gafas, etc. deberán ser cargados a el tripulante personalmente.

A l'attention du dentiste/de l'oculiste: Seuls les soins dentaires/ophtalmologiques simples sont pris en charge par la Compagnie de navigation. Fausses dents, couronnes d'or ou de platine/montures de lunettes ou verres speciaux et autres coûts du genre sont a facturer directement à l'intéressé.

Arbeitsunfall: nein ja
Accident at work: no yes
Accidente de trabajo: no sí
S'agit-il d'un accident du travail: non oui

Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit
Day	Month	Year	Time
Día	Mes	Año	Hora
Jour	Mois	Année	Heure

Erkrankung / Zähne? nein ja
Illness / dental? no yes
Enfermedad / de los dientes? no sí
S'agit-il d'une maladie / des dents? non oui

Seit wann erkrankt: (Datum)
Ill since when: (date)
Desde cuando: (fecha)
Depuis quand: (date)

Verletzung: nein ja
Injury: no yes
Herida: no sí
S'agit-il d'une blessure: non oui

Seit wann verletzt: (Datum)
Injured since when: (date)
Desde cuando: (fecha)
Depuis quand: (date)

Ärztliche Nachbehandlung: nein ja
Treatment by doctor: no yes
Tratamiento médico posterior: no sí
Y eut-il soins médicaux consécutifs: non oui

Wann erstmalig ärztlich behandelt: im Hafen
When first medically treated: in port
Primer tratamiento médico: en el puerto
Quand pour la première fois: au port
Datum/date/fecha/date: _____

Patient schon früher am gleichen Symptom erkrankt?
Was patient previously ill with same symptom? nein ja
El paciente, ¿ha estado enfermo anteriormente con los mismos síntomas? no sí
Le malade a-t-il antérieurement déjà souffert de la même affection? non oui

Beschreibung der Krankheit/Beschwerden/Verletzung:
Description of illness/complaint/injury:
Descripción de la enfermedad/molestia/herida:
Description de la maladie/des malaises/de la blessure: _____

An Bord ausfüllen
Fill out aboard
A rellenar a bordo
A remplir à bord

1x Bord
1x ship
1x queda a bordo
1x à bord

1x Agentur
1x agent
1x cia agente
1x l'agent

2x Arzt
2x doctor
2x médico
2x au médecin

Verteiler:
Copies:
Distribución:
Destinés:

Nur vom Arzt auszufüllen / To be filled out by doctor only / A rellenar sólo por el médico / Emplacement réservé au médecin

Es wird um Beantwortung folgender Fragen gebeten:
Se ruego contestación a las siguientes preguntas:

Please answer the following questions:
Prière de répondre aux questions suivantes:

Ansteckende Krankheit:
Infectious disease:
Enfermedad contagiosa:
L'affection est-elle contagieuse:

nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	was ist zu tun: what is to be done: medidas a adoptar: mesure à prendre:
no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	
no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	

Patient arbeitsunfähig:
Patient unfit for duty:
Paciente incapacitado para el trabajo:
Y a-t-il incapacité de travail:

nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Tage arbeitsunfähig Unfit for days Incapacitado para el trabajo durante días Durée de l'incapacité de travail jours	<input type="text"/>
no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>		
no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>		
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>		

Patient partly unfit: *
Paciente parcialmente capacitado para el trabajo: *
Y a-t-il capacité partielle de travail: *

no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	Betruhe erforderlich: Confinement to bed necessary: Reposo en cama: Le malade doit-il garder le lit:	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Tage	<input type="text"/>
no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>		no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	days	
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>		no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	días	
					non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	jours	

Weitere Behandlung erforderlich:
Further treatment necessary:
Precisa tratamiento ulterior:
Des soins complémentaires seront à dispenser:

nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	an Bord/aboard/a bordo/à bord	<input type="text"/>
no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	ambulant/out-patient/ambulatorio/titre ambulatoire	<input type="text"/>
no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	durch Arzt/by doctor/por el médico/par un médecin	<input type="text"/>
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	Hospital/hospital/el hospital/l'hôpital	<input type="text"/>

Repatriierung erforderlich:
Repatriation necessary:
Envier a su patria necesario:
Rapatriement nécessaire:

nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient transportfähig:
Can the patient be moved:
El paciente puede ser transportado:
Le malade est transportable:

nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Eisenbahn/railway/tren/train	<input type="text"/>
no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	Flugzeug/airplane/avión/avion	<input type="text"/>
no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	oder/or/o por/ou par _____	
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>		

Diagnose des Arztes:
Doctor's diagnosis:
Diagnóstico del médico:
Diagnostic du médecin:

Laboruntersuchungen und/oder Röntgenaufnahmen sowie Befund:
Laboratory tests and/or X-ray pictures and findings:
Análisis de laboratorio realizados y/o radiografías tomadas así como resultado del reconocimiento:
Analyses et examens de laboratoire et/ou radiographies pratiqués et résultats:

Aufnahme im Krankenhaus:
Admission to hospital:
Ingreso en hospital:
Y eut-il hospitalisation:

nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Name und Anschrift: Name and address: Nombre y dirección: Identification de l'établissement de soins:	Aufnahmedatum: Date of admission: Fecha del ingreso en hospital: Date d'admission:	<input type="text"/>
no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>			
no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>			
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>			

Tage im Krankenhaus:
Days in hospital:
Días de hospitalización:
Durée de l'hospitalisation:

<input type="text"/>	Datum der Entlassung: Date of discharge: Fecha de alta: Date de sortie de l'hôpital:	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------

Operation erforderlich:
Operation necessary:
Operación necesaria:
Y eut-il intervention chirurgicale:

nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	welcher Art: what kind: de qué clase: nature de l'acte:
no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	
no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	

Ärztliche Nachbehandlung/Kontrolle erforderlich:
Subsequent medical treatment/checks required:
Tratamiento médico posterior/control necesario:
Un traitement/contrôle médical s'impose-t-il:

nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	wann when quando quand _____
no	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	
no	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	
non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	

Welche Behandlung wird an Bord empfohlen:
What treatment is advised on board ship:
A bordo se recomienda el siguiente tratamiento:
Traitement prescrit à suivre à bord:

Welche Medikamente:
Which medicines:
Qué medicación:
Quels médicaments:

	wie häufig: how often: tantas veces: combien de fois:
--	--

Bemerkungen / Remarks / Observaciones / Observations:

Patient ist beim Arzt erschienen am:
Patient called on doctor on:
El paciente se presentó al médico el día:
Le patient s'est présenté au cabinet du médecin le _____

um	Uhr, entlassen am:	um	Uhr
at	hours, left on:	at	hours
a las	horas, y se marchó el día	a las	horas
à _____	heures, il est sorti le _____	à _____	heures

Ort und Datum
Place and date/Lugar y fecha/Lieu et date

Unterschrift und Stempel des Arztes
Signature and stamp of the doctor/Firma y sello del médico/Signature et cachet du médecin

Fragen ankreuzen, X und/oder ausführlich beantworten
 Please answer with a cross X and/or in detail
 Marcar las preguntas con un aspa X donde corresponda y/o
 Marquer d'une croix la case correspondante X et/ou répondre en
 toutes lettres
 contestarlas con detalle