

1055

I. R. O. Resettlement Medical Examination Form

Part I. Identification form to be completed by Assembly Centre doctor.

I. Teil. Identifikations-Formular, durch den Arzt der Assembly Centre auszufüllen.

1. Name MAURIC Ivan 2. Camp Free living 3. Location Gorizia
 Name Lager Ortschaft
 4. Age 29 5. Sex M 6. Colour of hair rusty brown
 Alter Geschlecht Haarfarbe
 7. Colour of Eyes azzurri 8. Height 173 9. Weight 77
 Farbe d. Augen Grösse Gewicht
 10. Scars or other Means of Identification
 Narben oder andere Kennzeichen

11. D.P. Number _____ 12. Claimed nationality VG
 D.P. Nummer Angeblliche Staatsangehörigkeit

I certify that I have seen - Ich erkläre

Mr. - Herrn _____ and
 Mrs. - Frau MAURIC Ivan
 Miss - Fräulein _____

examined his/her D.P.I. Card, his/her photograph and his/her appearance, and am satisfied the particulars given are correct and that he/she has signed in my presence.
 gesehen, seine/ihre D.P.I. Karte, seine/ihre Photographie und sein/ihr Aussehen kontrolliert zu haben. Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind, und dass er/sie in meiner Gegenwart unterzeichnet hat.



af
bly
te
el
ably
te.

Date - Datum 31 MAR. 1950
 Signature Medical Officer - Unterschrift d. Arztes _____
 Signature of Candidate - Unterschrift d. Kandidaten Mauric Ivan

Part II. To be completed by Assembly Centre doctor and signed by the Candidate.

II. Teil. Durch den Assembly Centre Arzt auszufüllen, u. durch den Kandidaten zu unterzeichnen.

1. Family medical history padre + ulcera gestive - madre
 Krankheitsgeschichte der Familie
+ 3 sorelle sane

No. of Children: a) Alive _____ b) Dead _____ c) Cause of death _____
 Zahl d. Kinder: Am Leben Gestorben Todesursache

2. Have any of your Family suffered from a) Tuberculosis, b) Mental Illness, c) Epilepsy? If "Yes" give details:
 Hat jemand ihrer Familie an folgenden Krankheiten gelitten: a) Tuberkulose, b) Geisteskrankheit, c) Epilepsie (Fallsucht).
 Wenn "Ja", bitte nähere Angaben:
NIS

3. Personal medical history: Have you suffered from any of the following illnesses? a) Tuberculosis, b) Mental illness, c) Epilepsy, d) Venereal disease, e) Kidney disease, f) Nervous breakdown. If "Yes" give details:
 Persönliche Krankheitsgeschichte: Haben Sie an folgenden Krankheiten gelitten: a) Tuberkulose, b) Geisteskrankheit, c) Epilepsie (Fallsucht), d) Geschlechtskrankheiten, e) Nierenkrankheit, f) Nervenzusammenbruch. Wenn "Ja", bitte nähere Angaben:
NIS

4. Previous illnesses, injuries and operations of candidate, indicating whether he has or requires prosthesis for amputation:
 Frühere Krankheiten, Verletzungen u. Operationen des Kandidaten, mit Angabe ob eine Prothese nach Amputation verlangt wurde.
paratifo - 9. 1944.

I certify that the above statements made by me in answer to the foregoing questions are true and complete to the best of my belief.
 Ich bestätige die Richtigkeit obiger Angaben, und wahrheitsgetreu nach meinem besten Wissen auf alle Fragen geantwortet zu haben.
 Date 31 MAR. 1950 Signature of Candidate Mauric Ivan
 Datum Unterschrift d. Kandidaten

PHYSICAL EXAMINATION.
AERZTLICHE UNTERSUCHUNG.

Part III. To be completed by Assembly Centre doctor
Durch den Arzt des Assembly Centre auszufüllen.

1. General build - Allgemeines Aussehen
2. Visual acuity - Sehschärfe a) without glasses a) ohne Gläser
b) with glasses b) mit Gläsern
3. Hearing - Gehör
4. Trachoma - Trachoma
5. Teeth and gum - Zähne u. Zahnfleisch
6. Abdomen - Bauch, Unterleib

7. Hernia - Bruch
8. Operation scars - Operationsnarben
9. Central Nervous System - Zentral-Nervensystem
 - 1) Mental status - Psychischer Status
 - 2) Reflexes (note response) - Reflex (beachte die Antwort)

Pupils: a) to light Augenstern a) bei Licht
b) on accommodation b) Anpassungsvermögen
c) knee jerks c) Knie-Reflex
d) plantar d) Fussohle
 - 3) Remarks - Bemerkungen
10. Respiratory system - Atemsystem
11. Cardiovascular system - Cardiovascularsystem
 - a) Pulse rate a) Puls
 - b) Rhythm and regularity b) Rhythmus u. Regelmässigkeit
 - c) B.P. c) B.P.
 - d) Auscultation d) Untersuchung
12. Genito-Urinary - Geschlechts- und Harnsystem
13. Urine - Urin
14. Gynaecological (where necessary) - Gynaecologisches (wo nötig)
15. Locomotor Function (Note disabilities) - Bewegungsfunktionen (Störungen ang.)
16. Date of last immunisations - Datum der letzten Impfungen
 - a) Smallpox a) Pocken
 - b) Typhoid & Paratyphoid b) Typhus u. Paratyphus
 - c) Epidemic Typhus c) Flecktyphus
 - d) Diphtheria d) Diphtheritis
 - e) Others e) Andere
17. Further notes - Weitere Angaben

heavy
R 60/60 I 60/60
R
R normal I normal
Yes - Ja No - Nein
mucous 5
normal
liver - good partile
spleen - normal

normal
normal
"
normal
stents

BS
VF
normal
"

68
regular
123/68
normal

Sugar Albumen

1945

I hereby certify that I have examined Maurice Fern on 31 MAR
and that the above findings are true to the best of my belief and knowledge.
he/she is fit to proceed to a Resettlement Centre for medical examination.
Ich bestätige hiermit, dass ich am
untersucht und obigen Befund wahrheitsgetreu nach meinem besten Wissen
habe. Ich erkläre ihn/sie fähig, sich bei einem Resettlement Centre zur ärztlichen
untersuchung zu melden.

Date - Datum 31 MAR. 1950 Signature - Unterschrift [Signature]
Assembly Centre Medical Officer - d. Assembly Centre

Completed by Assembly Centre doctor.
der Assembly Centre auszufüllen.

Part IV. To be completed by Medical Board in Resettlement
Collecting Centre.

heavy
L. 60/60
L.
L. normal
No - Nein
5
frail for his
normal

R heavy
60/60
L 60/60
R
L
R normal
L normal
Yes
No no

5 missing
normal
liver palpable
spleen normal

no
none

normal

"

"

"

absent

P., B.S., V.F. normal

68
regular
123/68
normal

Albumen

Sugar

Albumen

31 MAR. 1950

1945

Examined *Spuric Fern* on 31 MAR. 1950
due to the best of my belief and knowledge. I consider
settlement Centre for medical examination.

am
wahrheitsgetreu nach meinem besten Wissen erstellt
sch bei einem Resettlement Centre zur ärztlichen Unter-

The above person has been examined by me and is considered fit/unfit to appear
before a Selection Mission.

Date 31/3/50

Signature
Examining Physician

Signature
President, D. P. Medical Board

Resettlement Centre.

Signature - Unterschrift
Assembly Centre Medical Officer - d. Assembly Centre Arztes.

Part V. Special examinations.

a) X-Ray of chest

Date Stamp 3 APR 1950

Heart

Lungs

694

normal

b) Blood test

Date Stamp 4 APR 1950

K neg

c) Others

Date Stamp

Part VI. For Selection Team Medical Officer only.

I have examined MAURIC Ivan

and certify 1/ he/she is fit for emigration to

2/ he/she is unfit by reason of

Date

5-4-50

Signature

Mission