**Arztzeugnis für Personen, welche ein Kind zu adoptieren gedenken**

Im Rahmen des Verfahrens zur Aufnahme eines Kindes zur Adoption durch:

(vollständiger Name und Adresse)

|  |  |
| --- | --- |
| Mann |       |
| Frau  |       |

wird der nachfolgende **Fragebogen** von

|  |  |
| --- | --- |
| Ärztin / Arzt: |       |

wie folgt beantwortet:

1. Leidet oder litt die oben genannte(-n) Person(-en) an einer der nachfolgenden Krankheiten?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Infektionskrankheiten | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Hämatologische Erkrankungen | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Neurologische Erkrankungen | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Psychiatrische oder psychische Leiden | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Depressive Erscheinungen | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Atemwegs- und Lungenkrankheiten | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Erkrankungen des Verdauungsapparates | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Herz- und Kreislauferkrankungen | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Knochen- und Gelenkerkrankungen | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Urogenitalerkrankungen | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Geschlechtskrankheiten | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Stoffwechsel- und endokrinologische Erkrankungen | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Tumor- und Krebserkrankungen | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | HNO-Erkrankungen | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Ophtalmologische Krankheiten | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Allergische und immunologische Krankheiten | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Hautkrankheiten | Mann [ ]  | Frau [ ]  |
|  | Andere Krankheiten | Mann [ ]  | Frau [ ]  |

1. Nähere Angaben zu den unter Ziffer 1 deklarierten Krankheiten (Diagnose, gesundheitliche Konsequenzen, Behandlungsmassnahmen usw.):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mann:       |
|  | Frau:       |

1. Besteht bei der oder den oben genannte(-n) Person(-en) eine Invalidität bzw. Behinderung?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * Mann
 | [ ]  Nein[ ]  Ja, nähere Angaben:       |
|  | * Frau
 | [ ]  Nein[ ]  Ja, nähere Angaben:       |

1. Verfügt bzw. verfügen die oben genannte(-n) Person(-en) zurzeit über eine gute Gesundheit?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * Mann
 | [ ]  Ja[ ]  Nein, nähere Angaben:       |
|  | * Frau
 | [ ]  Ja[ ]  Nein, nähere Angaben:       |

1. Leidet oder leiden die oben genannte(-n) Person(-en) unter Sterilität?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * Mann
 | Nein [ ] Ja [ ] nähere Angaben zu Diagnose und Behandlungsmassnahmen (inkl. Medikamente):      |
|  | * Frau
 | Nein [ ] Ja [ ] nähere Angaben zu Diagnose und Behandlungsmassnahmen (inkl. Medikamente):      |

1. Sonstige Angaben zu der / den oben genannte(-n) Person(-en)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Die oben genannte(-n) Person(-en) sind dem Arzt / der Ärztin bekannt seit: |
|  | * Mann
 |       |
|  | * Frau
 |       |
|  | Konsum von Alkohol: |  |
|  | * Mann
 | Nein [ ] Ja [ ] nähere Angaben zum Konsum (inkl. Entzugskuren):       |
|  | * Frau
 | Nein [ ] Ja [ ] Nähere Angaben zum Konsum (inkl. Entzugskuren):        |
|  | Konsum von Tabak: |  |
|  | * Mann
 | Nein [ ] Ja [ ] Nähere Angaben zum Konsum:       |
|  | * Frau
 | Nein [ ] Ja [ ] Nähere Angaben zum Konsum:        |
|  | Konsum von Drogen: |  |
|  | * Mann
 | Nein [ ] Ja [ ] Nähere Angaben (inkl. Entzugskuren):        |
|  | * Frau
 | Nein [ ] Ja [ ] Nähere Angaben zum Konsum (inkl. Entzugskuren):       |
|  | andere Abhängigkeiten: |  |
|  | * Mann
 | Nein [ ] Ja [ ] Nähere Angaben:        |
|  | * Frau
 | Nein [ ] Ja [ ] Nähere Angaben:       |
|  | Lungenröntgen |  |
|  | * Mann
 | Nein [ ] Ja [ ] Datum / Befund:       |
|  | * Frau
 | Nein [ ] Ja [ ] Datum / Befund:       |
|  | letzte ärztliche Untersuchung |
|  | * Mann
 | Datum / Befund:      |
|  | * Frau
 | Datum / Befund:      |
|  | erlittene Unfälle |  |
|  | * Mann
 | Datum / Art / Folgen:      |
|  | * Frau
 | Datum / Art / Folgen:      |

1. Mussten für das Ausfüllen dieses Fragebogens Auskünfte bei anderen Ärztinnen oder Ärzten eingeholt werden?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nein [ ] Ja [ ] betreffend:      |
|  | Name und Adresse der Ärztin oder des Arztes:      |

1. Halten Sie die oben genannte(-n) Person(-en) bzw. die ganze Familie für fähig, ein Kind zur Adoption aufzunehmen?

|  |  |
| --- | --- |
|  | [ ]  Ja, vorbehaltlos. Besondere Bemerkungen:      |

|  |  |
| --- | --- |
|  | [ ]  Ja, mit folgender Einschränkung:       |

|  |  |
| --- | --- |
|  | [ ]  Eher nicht, da:      |

Ort, Datum:

(Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes)