**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)