

Checkliste für das Arztzeugnis der AdoptionsehternkandidatInnen

**Name des Adoptivelternkandidaten /
der Adoptivelternkandidatin**

Name des behandelnden Arztes

Adresse

Telefon/Fax/E-Mail

**1. Leidet oder litt der Kandidat/die Kandidatin an einer der nachfolgenden
Krankheiten? Wenn ja, bitten wir Sie im nachfolgend um genauere Angaben.**

1	Infektionskrankheiten	
2	Hämatologische Erkrankungen	
3	Neurologische Erkrankungen	
4	Psychiatrische Leiden	
5	Depressive Erscheinungen	
6	Atemwegs- und Lungenerkrankungen	
7	Erkrankungen des Verdauungsapparates	
8	Herz- und Kreislauferkrankungen	
9	Knochen- und Gelenkerkrankungen	
10	Urogenitalerkrankungen	
11	Geschlechtskrankheiten	
12	Stoffwechsel- und endokrinologische Erkrankungen	
13	Tumor- und Krebserkrankungen	
14	HNO-Erkrankungen	
15	Ophtalmologische Krankheiten	
16	Allergische und immunologische Krankheiten	
17	Hautkrankheiten	
18	Andere Krankheiten	

2. *Allfällige Ausführungen zu den oben genannten Krankheiten (Diagnose, gesundheitliche Konsequenzen, Behandlungsmassnahmen, etc.)*

3. *Verfügt der Kandidat zur Zeit über eine gute Gesundheit?*

Ja

Nein, in diesem Fall bitte ausführen:

4. *Falls der Kandidat/die Kandidatin an Sterilität leidet, bitte Diagnose und Behandlungsmaßnahmen (inklusive notwendige Medikamente) angeben:*

5. *Sonstige Angaben, bitte kurz ausführen:*

6.

- **Täglicher Alkoholkonsum:** _____
- **Täglicher Tabakgenuss:** _____
- **Konsumierte oder konsumiert der Kandidat/die Kandidatin Drogen?** _____

- **Hat er/sie eine Entziehungskur gemacht?** _____

- **Datum des letzten Lungenröntgens, Befund:** _____

- **Datum der letzten ärztlichen Untersuchung:** _____

- **Hatte der Kandidat/die Kandidatin einen oder mehrere schwere Unfälle?**

- **Seit wann kennen Sie den Kandidaten/die Kandidatin?**

- **Mussten Sie bei einem anderen Arzt oder bei mehreren anderen Ärzten Erkundigungen einziehen, um diesen Fragebogen auszufüllen? Wenn ja, bitte Name und Adresse angeben:**

- **In Bezug auf den Adoptionswunsch des Kandidaten/der Kandidatin: Halten Sie ihn/sie für fähig, ein Kind zu adoptieren?**

- **Schätzen Sie die gesamte Familie für fähig, ein Kind aufzunehmen?**

- **Haben Sie Bemerkungen bezüglich der Eignung des Kandidaten/der Kandidatin, ein Kind zur späteren Adoption bei sich aufzunehmen? Gibt es Ihrer Meinung nach Einschränkungen im Bezug auf das Profil des aufzunehmenden Kindes?**

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel der Arztes/der Ärztin:
