
Abteilung Gemeinden

Checkliste für Arzt/Ärztin

1. Leidet die Person an einer der folgenden gesundheitlichen Beschwerden:

- Chronische Infektionskrankheit
- Organische Krankheit
- Behinderung des Bewegungsapparates
- Erkrankung des Nervensystems
- Onkologische Leiden
- Erkrankung des Immunsystems (HIV, Hepatitis B, etc.)
- Andere Krankheiten oder Traumata

Wenn ja: Welche, seit wann, Invaliditätsrisiko?

2. Abhängigkeiten

- Essstörungen
- Alkohol
- Medikamente
- Betäubungsmittel

Wenn ja: Seit wann, in Behandlung, Behandlung beendet?

Hat die Person eine oder mehrere Entziehungskuren gemacht?

3. Psychische Leiden

- Depressive Zustände

Wenn ja: Seit wann, in Behandlung, Behandlung beendet?

Ambulant behandelt, im Spital behandelt?

4. Hat die Person einen schweren Unfall erlitten?

Wenn ja: Wann, mögliche physische oder psychische Folgen?

5. Sterilität

Leidet die Person an Beschwerden im Zusammenhang mit der Sterilität? Hat es Auswirkungen auf das psychische oder physische Wohlbefinden?

6. Gesundheitszustand im Hinblick auf eine Adoption

Wie wird der Gesundheitszustand der Person im Hinblick auf eine Adoption beurteilt?