|  |
| --- |
| 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?

1. **Abhängigkeiten**
   * Essstörungen
   * Alkohol
   * Medikamente
   * Betäubungsmittel

Wenn ja: Seit wann, in Behandlung, Behandlung beendet?  
Hat die Person eine oder mehrere Entziehungskuren gemacht?

1. **Psychische Leiden**
   * Depressive Zustände

Wenn ja: Seit wann, in Behandlung, Behandlung beendet?  
Ambulant behandelt, im Spital behandelt?

1. **Hat die Person einen schweren Unfall erlitten?**

Wenn ja: Wann, mögliche physische oder psychische Folgen?

1. **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?