|  |
| --- |
| 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?