

## **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**

Wenn ja: welchen, 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 dies 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?