*Seiten 1 & 2 sind dem Gemeinderat zuzustellen (Adresse siehe Briefkopf)*

# Ärztliches Zeugnis

Im Rahmen der Bewilligung und Aufsicht von Pflegeplätzen gemäss Verordnung über die Aufnahme von Pflegekindern (PAVO, SR 211.222.338) verlangt die zuständige Behörde (Gemeinderat am Wohnort der Pflegeeltern) die Überprüfung des Gesundheitszustands der Pflegeeltern mittels vorliegendem Formular.

Das Formular ist vom Arzt oder von der Ärztin der Pflegeeltern auszufüllen und wie folgt zu verwenden:

* **Vertrauliche Angaben: diese Angaben auf den Seiten 3 – 6 bleiben beim Arzt oder bei der Ärztin** und dienen unter Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht als Grundlage bei allfälligen Rückfragen.
* **Fazit: Das Fazit auf den Seiten 1 und 2** **ist dem Gemeinderat zuzustellen** (Adresse siehe Briefkopf).

**Behandelnde/r Arzt/Ärztin:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname |  |
| Adresse |  |
| PLZ/Wohnort |  |
| Telefon |  |

**Ärztliches Zeugnis erstellt für:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname |  |
| Adresse |  |
| PLZ/Wohnort |  |
| Geburtsdatum |  |

*Seiten 1 & 2 dieses Formulars sind dem Gemeinderat zuzustellen (Adresse Briefkopf)*

**Fazit der ärztlichen Beurteilung:**

Gemäss den vorhandenen Unterlagen bestehen im Hinblick auf die Tätigkeit als Pflegemutter / Pflegevater

keine Bedenken

Bedenken

Ausführung allfälliger Bedenken:

|  |
| --- |
|  |

Ort und Datum: Unterschrift und Stempel des Arztes oder der Ärztin:

……………………………………….. …………………………………………………………...

*Seiten 3,4,5 & 6 bleiben beim Arzt / bei der Ärztin*

**Behandelnde/r Arzt/Ärztin:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname |  |
| Adresse |  |
| PLZ/Wohnort |  |
| Telefon |  |

**Ärztliches Zeugnis erstellt für:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Vorname |  |
| Adresse |  |
| PLZ/Wohnort |  |
| Geburtsdatum |  |

**Fragebogen**

|  |  |
| --- | --- |
| Seit wann kennen Sie Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten? |  |
| Datum der letzten ärztlichen Untersuchung: |  |

1. **Abhängigkeiten**  JA  NEIN

seit wann… …in Behandlung …Behandlung beendet

|  |  |
| --- | --- |
| Alkohol: |  |
| Medikamente: |  |

*Seiten 3,4,5 & 6 bleiben beim Arzt / bei der Ärztin*

|  |  |
| --- | --- |
| Betäubungsmittel: |  |
| Essstörungen: |  |
| Andere, substanzungebundene  Abhängigkeiten: |  |

Hat der Patient/die Patientin eine oder  
mehrere Entziehungskuren gemacht:  JA  NEIN

Hatte der Patient/die Patientin einen oder  JA  NEIN

mehrere suchtbedingte Therapieaufenthalte?

1. **Psychische Erkrankungen**  JA  NEIN

wenn ja, welche? seit wann… …in Behandlung …Behandlung beendet

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Hat der Patient/die Patientin einen**  JA  NEIN **schweren Unfall erlitten?**

wenn ja, wann? seit wann… …in Behandlung …Behandlung beendet

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Mögliche physische oder psychische Folgen:

|  |
| --- |
|  |

*Seiten 3,4,5 & 6 bleiben beim Arzt / bei der Ärztin*

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

* Behinderung des Bewegungs-  JA  NEIN  
  apparats   
  wenn ja, welche und seit wann?

* Chronische Infektionskrankheit  JA  NEIN  
  wenn ja, seit wann?

* Organische Krankheit, die zu einer  JA  NEIN  
  Invalidität führt  
  wenn ja, welche?

* Erkrankung des Nervensystems  JA  NEIN  
  wenn ja, welche und seit wann?

* Onkologische Erkrankungen  JA  NEIN  
  wenn ja, welche und seit wann?

* Erkrankung des Immunsystems  JA  NEIN  
  (HIV, Hepatitis B etc.)  
  wenn ja, welche und seit wann?

* Andere Krankheiten oder Traumata  JA  NEIN  
  die zu einer Invalidität führen  
  wenn ja, welche und seit wann?

*Seiten 3,4,5 & 6 bleiben beim Arzt / bei der Ärztin*

**Beurteilung:**

Bestehen in Hinblick auf die Funktion als Pflegemutter oder Pflegevater:

* psychische Bedenken  JA  NEIN
* physische Bedenken  JA  NEIN
* andere Bedenken  JA  NEIN

Ausführung allfälliger Bedenken:

|  |
| --- |
|  |

Haben Sie mit dem zuständigen Gemeinderat  JA  NEIN

Kontakt aufgenommen?

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel

des Arztes/der Ärztin: …………………………………………………