*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, substanzungebundeneAbhängigkeiten: |       |

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: …………………………………………………