

## Bescheinigung der ärztlichen Untersuchung Zur Vorlage bei der Adoptionsvermittlungsstelle

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) ist die rechtliche Grundlage für Adoptionen (Annahme als Kind). Nach § 1741 Abs. 1 BGB ist die Annahme als Kind zulässig, wenn sie dem Wohl des Kindes dient. Es muss gewährleistet sein, dass Bewerber über einen längeren Zeitraum hinweg physisch und psychisch in der Lage sind, die pflegerische und erzieherische Versorgung des Kindes sicherzustellen.

Die ärztliche Untersuchung der Bewerber\*innen soll sich insbesondere beziehen auf:

- Ansteckende Krankheiten
- Krankheiten und Störungen, die lebensverkürzend wirken oder zu schwerer Gebrechlichkeit führen können
- Krankheiten und Störungen, durch welche die Erziehungs- und Erwerbsfähigkeit wesentlich herabgesetzt würden.

Die Kosten der Untersuchung tragen die Bewerber\*in.

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Frau /Herr** \_\_\_\_\_ ist in meiner Praxis bekannt seit: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten in der Familiengeschichte**

## Anamnese der Patientin/des Patienten

<p><b><u>Esstörungen (Bulimie, Anorexie, Adipositas)</u></b>            Anzeichen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:</p>	<p><b><u>Nervensystem</u></b>            Anzeichen für eine Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:</p>
<p><b><u>Erkrankung der inneren Organe</u></b>            Anzeichen einer schweren Erkrankung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:</p>	<p><b><u>Psychische Erkrankungen</u></b>            Anzeichen einer psychischen Erkrankung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:</p>
<p><b><u>Körperbehinderungen</u></b>            Funktionelle, einschränkende Behinderung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:</p>	<p><b><u>Suchterkrankungen</u></b>            Anzeichen einer Suchterkrankung Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:            Nikotin ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Alkohol: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Medikamente: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Andere Drogen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Atmungsorgane</u></b>            Anzeichen einer schweren Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:</p>	<p><b><u>Hörvermögen</u></b>            Anzeichen für eine schwere Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:</p>
<p><b><u>Blut</u></b>            Anzeichen einer schweren Bluterkrankung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:</p>	<p><b><u>Autoimmunerkrankungen</u></b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>            Falls ja, welche:</p>

**Nimmt die Bewerber\*in regelmäßig Medikamente ein?** ja  nein

Wenn ja, welche:

**Chronische Infektionskrankheiten**

Ergebnis des HIV Tests vom \_\_\_\_\_ positiv  negativ

Ergebnis der Hep. B-Serologie \_\_\_\_\_

Ergebnis der Hep. C-Serologie \_\_\_\_\_

**Aufgrund der medizinischen Untersuchung bestehen hinsichtlich der Eignung als Adoptiveltern**

Keine Bedenken

Falls ja, welche:

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt  
Praxisstempel

.....

.....