**Formular zur Erstellung eines Arztzeugnisses   
FÜR Den/Die Leiter/in EINER FAMILIENERGÄNZENDEN BETREUUNGSEINRICHTUNG gemäss art. 13 Abs. 1 bst. b PAVO**

Die Verordnung über die Aufnahme von Pflegekindern (PAVO) schreibt vor, dass die für die Beurteilung der Aufnahmebedingungen zuständige Behörde, das Jugendamt (JA), sich vergewissern muss, dass der/die Leiter/in einer familienergänzenden Betreuungseinrichtung gesund ist (Artikel 15 Abs. 1 Bst. b PAVO).

Aus diesem Grund hat das JA den folgenden Fragebogen angefertigt, auf den sich die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt oder die Hausärztin/der Hausarzt bei der Ausstellung des Zeugnisses stützen kann. Dadurch soll sichergestellt werden, dass keinerlei Unvereinbarkeiten zwischen dem physischen und psychischen Gesundheitszustand des/der Leiters/Leiterin der Einrichtung und der Betreuung der Kinder bestehen.

Formular, Fragebogen und Arztzeugnis sind von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder von der Hausärztin/vom Hausarzt auszufüllen. UDas ausgefüllte Formular und das ärztliche Zeugnis sind dem JA zurückzuschickenU. **Der Fragebogen bleibt bei der Ärztin/beim Arzt.**

Name der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes:

Adresse:

Telefon:

Ausgestellt für:

Geboren am:

Person arbeitet in folgender Einrichtung:

Seit wann kennen Sie die Person?

Datum der letzten ärztlichen Untersuchung:

**arztZeugnis**

*(ERSTELLT DURCH DIE ÄRZTIN/DEN ARZT)*

Dieses Arztzeugnis wurde zuhanden des/der Leiters/Leiterin einer familienergänzenden Betreuungseinrichtung erstellt, in Anwendung von Artikel 15 Abs. 1 Bst. b PAVO.

**Die unterzeichnete Ärztin/der unterzeichnete Arzt bestätigt die Untersuchung von:**

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Die ärztliche Untersuchung erstreckte sich auf:

1. chronische Infektionskrankheiten, Erkrankung innerer Organe, zur Invalidität führende Krankheiten, motorische Beeinträchtigungen, Erkrankungen des Nervensystems, onkologische Erkrankungen, Immunerkrankungen (HIV, Hepatitis B usw.), andere, zur Invalidität führende Erkrankungen oder Schäden;
2. Suchterkrankungen (Essstörungen, Alkoholabhängigkeiten, Medikamentenabhängigkeiten, Betäubungsmittelabhängigkeiten, Entziehungskuren);
3. psychische Erkrankungen;
4. durch Unfall verursachte Verletzungen oder Erkrankungen.

U**Bilanz**

Nach Abschluss der Untersuchungen bestätigt die Ärztin/der Arzt:

- dass der Gesamtgesundheitszustand der Person insgesamt gut ist und weder eine physische noch eine psychische Erkrankung vorliegt, die gegen die Betreuung von Kindern sprechen würde; 

- dass der Gesamtgesundheitszustand der Person insgesamt gut ist, dass aber gewisse Vorbehalte in Bezug auf die Kinderbetreuung anzubringen sind; 

- dass der Gesamtgesundheitszustand der Person insgesamt nicht gut ist und eine physische oder psychische Erkrankung vorliegt, die gegen die Betreuung von Kindern spricht. 

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:

**FRAGEBOGEN ZUR ERSTELLUNG DES ARZTZEUGNISSES**

1. **Leidet die Person an einer der folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen?**

- chronische Infektionskrankheiten Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

- Erkrankungen innerer Organe, Invaliditätsrisiko? Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

- motorische Beeinträchtigungen Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

- Erkrankungen des Nervensystems Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

- onkologische Erkrankungen Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

- Immunerkrankungen Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

(HIV, Hepatitis B usw.)

1. andere Erkrankungen, Verletzungen oder , Invaliditätsrisiko? Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

1. **Suchterkrankungen** Ja Nein

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | seit wann | in Behandlung | Behandlung abgeschl. |
| Essstörungen |  |  |  |
| Alkoholabhängigkeit |  |  |  |
| Medikamentenabhängigkeit |  |  |  |
| Betäubungsmittelabhängigkeit |  |  |  |
| Andere |  |  |  |

Hat die Person eine oder mehrere Entziehungskuren hinter sich? Ja Nein

**3. Psychische Erkrankungen** Ja Nein

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | seit wann | in Behandlung | Behandlung abgeschl. |
| Depressive Episoden |  |  |  |
| Andere |  |  |  |

- ambulant behandelt:

- stationär behandelt:

1. **War die Person Opfer eines schweren Unfalls?** Ja Nein

Wenn ja, wann?

Allfällige physische oder psychische Folgeschäden?

U**Dieser Fragebogen bleibt in den Händen der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes bzw. der Hausärztin/des Hausarztes.**