

Bescheinigung der ärztlichen Untersuchung

Zur Vorlage bei

KIM PFLEGE

Fachdienst zur Vermittlung von Kindern mit Behinderungen in Vollzeitpflege

Es soll gewährleistet sein, dass Bewerber*innen für ein Pflegekind über einen längeren Zeitraum hinweg physisch und psychisch in der Lage sind, die pflegerische und erzieherische Versorgung eines Kindes sicherzustellen.

Es wird von den Bewerber*innen verlangt, den behandelnden Ärzten die Auskunft zu gestatten und falls erforderlich, einer amtsärztlichen Untersuchung zuzustimmen.

Die ärztliche Untersuchung der Bewerber*in 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><u>Esstörungen (Bulimie, Anorexie, Adipositas)</u> Anzeichen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	<p><u>Nervensystem</u> Anzeichen für eine Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>
<p><u>Erkrankung der inneren Organe</u> Anzeichen einer schweren Erkrankung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	<p><u>Psychische Erkrankungen</u> Anzeichen einer psychischen Erkrankung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>
<p><u>Körperbehinderungen</u> Funktionelle, einschränkende Behinderung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	<p><u>Suchterkrankungen</u> 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><u>Atmungsorgane</u> Anzeichen einer schweren Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	<p><u>Hörvermögen</u> Anzeichen für eine schwere Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>
<p><u>Blut</u> Anzeichen einer schweren Bluterkrankung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	<p><u>Autoimmunerkrankungen</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>

<p><u>Herz-/Kreislaufsystem</u></p> <p>Anzeichen für eine schwere Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Falls ja, welche:</p>	<p><u>Sehfähigkeit</u></p> <p>Anzeichen für eine Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Falls ja, welche:</p>
<p><u>Chronische Infektionserkrankungen</u></p> <p>Anzeichen für eine Infektion ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Falls ja, welche:</p>	<p><u>Endokrine Störungen</u></p> <p>Anzeichen für eine endokrine Störung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Falls ja, welche:</p>

Nimmt die Bewerber*in regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche:

Aufgrund der medizinischen Untersuchung bestehen hinsichtlich der Eignung als Pflegeeltern

Keine Bedenken

Falls ja, welche:

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt
Praxisstempel

.....

.....