



Departement für Volkswirtschaft und Bildung
 Kantonale Dienststelle für die Jugend
 Amt für Kinderschutz | Sektor Pflegefamilien

Avenue Ritz 29, 1951 Sitten
 Tel. 027 606 48 40
 Fax 027 606 48 24
 E-Mail ope@admin.vs.ch

ARZTZEUGNIS FÜR PFLEGEELTERN GEMÄSS DER PFLEGEKINDERVERORDNUNG DES BUNDES

*Erstellung des ärztlichen Zeugnisses im Rahmen eines Bewilligungsverfahrens zur Aufnahme von
Kindern mit Unterbringung*

Die Verordnung über die Aufnahme von Pflegekindern (PAVO) legt in Artikel 5 Absatz 1¹ fest, dass die Aufsichtsbehörde, die für die Überprüfung der Aufnahmebedingungen zuständig ist, Informationen über die herrschenden Verhältnisse einholen muss, darunter auch Informationen **über die Gesundheit der Antragsteller, die Kinder aufnehmen möchten.**

Wir senden Ihnen daher im Anhang einen **Gesundheitsfragebogen zu, der ausschliesslich vom behandelnden Arzt bzw. von der behandelnden Ärztin auszufüllen ist** und mit dem das erforderliche ärztliche Zeugnis ausgestellt werden kann.

Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin

Arzt/Ärztin:

Adresse:

.....

Telefonnummer:

.....

Patient/in

Herr/Frau:

Geboren am:

Adresse:

Patient/in in Behandlung seit:

Leidet der/die oben genannte Patient/in an Erkrankungen?

| | Nein | Ja |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Physisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psychisch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abhängigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¹ Die Bewilligung darf nur erteilt werden, wenn die Pflegeeltern und ihre Hausgenossen nach Persönlichkeit, Gesundheit und erzieherischer Eignung sowie nach den Wohnverhältnissen für gute Pflege, Erziehung und Ausbildung des Kindes Gewähr bieten und das Wohl anderer in der Pflegefamilie lebender Kinder nicht gefährdet wird (PAVO Art.5 Abs.1).

Bemerkungen:
.....
.....
.....

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass der Gesundheitszustand des/der oben genannten Patienten/Patientin die Betreuung eines Kindes im Rahmen einer Platzierung mit Unterbringung gemäss Art. 5 der Pflegekinderverordnung (PAVO) zulässt.

Ja

Nein

Ja, mit Vorbehalt(en)

Falls Vorbehalte bestehen, welche:

.....
.....
.....
.....

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel
Arzt/Ärztin:



Die Aussagen des Arztes/der Ärztin können einen wesentlichen Einfluss auf den Schutz des Kindeswohls haben. Mit seiner/ihrer Unterschrift macht sich der/die Unterzeichnende haftbar.



FRAGEBOGEN FÜR DIE ERSTELLUNG DES ÄRZTLICHEN ZEUGNISSES FÜR DIE PFLEGEFAMILIE

*Dieses Dokument bleibt im Besitz des/der behandelnden Arztes/Ärztin oder des/der
Hausarztes/Hausärztin*

Leidet die oben genannte Person an einer der untenstehenden Krankheiten?

Chronische Infektionskrankheit ja nein

Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Innere Krankheit, Invaliditätsrisiko ja nein

Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Motorische Behinderung ja nein

Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Krankheit des Nervensystems ja nein

Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Onkologische Erkrankung ja nein

Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Immunologische Erkrankung (HIV, Hepatitis B usw.) ja nein

Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Andere Krankheit oder Trauma, Invaliditätsrisiko ja nein

Wenn ja, welche(s) und seit wann?

.....



Abhängigkeiten ja nein

| | Seit wann? | in Behandlung | Behandlung abgeschlossen |
|-------------------------------------------|------------|---------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Essstörung | | | |
| <input type="checkbox"/> Alkohol | | | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | | | |
| <input type="checkbox"/> Betäubungsmittel | | | |
| <input type="checkbox"/> andere | | | |

Hat die oben genannte Person eine oder mehrere Entziehungskuren gemacht? ja nein

Psychische Erkrankung ja nein

| | Seit wann? | in Behandlung | Behandlung abgeschlossen |
|---------------------------------------------|------------|---------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depressive Episode | | | |
| <input type="checkbox"/> andere | | | |

Ambulante Behandlung:

Stationäre Behandlung:

War die oben genannte Person Opfer eines schweren Unfalls? ja nein

Wenn ja, wann?

.....

Mögliche physische oder psychische Folgeschäden?

.....

