



## Gesundheits- und Sozialdepartement

Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde  
Hoferbad 2  
9050 Appenzell  
Telefon 071 788 92 51  
kesb@gsd.ai.ch  
www.ai.ch

## Ärztliche Bestätigung / Aufnahme Pflegekind

### Personalien Gesuchstellerin / Gesuchsteller

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

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

### Allgemeine Fragen

Seit wann ist die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller bei Ihnen in ärztlicher Behandlung?

Datum \_\_\_\_\_

Datum der letzten Untersuchung \_\_\_\_\_

Mussten zur Beantwortung der Fragen in diesem Formular bei einer früheren Ärztin / einem früheren Arzt Erkundigungen eingeholt werden?

Ja  Nein

### Unfälle und Erkrankungen

Litt oder leidet die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller an einer physischen, psychischen oder psychosomatischen Krankheit, welche die Aufnahme eines Pflegekindes beeinträchtigen könnte?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte nähere Beschreibung

Bewältigung der gesundheitlichen Probleme

Bestehen Einschränkungen in der Betreuung eines Pflegekindes?

Gesundheitliche Stabilität, Belastbarkeit der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers?

### **Gesamtbeurteilung**

Die Bewilligung zur Aufnahme eines Pflegekindes darf nur erteilt werden, wenn die Pflegeeltern 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 (Art. 5 Verordnung für die Aufnahme von Kinder zur Pflege und Adoption, abgekürzt PAVO).

Wie beurteilen Sie die Gesamtgesundheit der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers?

Wie beurteilen Sie aus ärztlicher Sicht die Eignung der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers als Pflegemutter / Pflegevater?

**Weitere Auskünfte**

Hat die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller Sie dazu ermächtigt, uns weitere Informationen zu ihrem Gesundheitszustand zu geben?

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Bestätigung der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers**

Ich bestätige ausdrücklich, dass diese Angaben der Wahrheit entsprechen und der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Appenzell mitgeteilt werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Gesuchstellerin /  
des Gesuchstellers

\_\_\_\_\_  
Bitte reichen Sie die vollständig ausgefüllte ärztliche Bestätigung mit allfälligen Beilagen der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Appenzell Innerrhoden, Hoferbad 2, 9050 Appenzell, ein.