



ADOPTION 7

Läkarintyg

för ansökan om medgivande att ta emot ett utländskt barn för adoption

Personuppgifter för den som intyget avser (sökande)

Efternamn och samtliga förnamn	Personnummer
Identiteten styrkt genom <input type="checkbox"/> legitimation <input type="checkbox"/> personlig kännedom	

Hälsotillstånd

Kroppskonstitution, allmäntillstånd	Ua <input type="checkbox"/>	Anm:
Munhåla, näsa, svalg, stämman, talet, tandstatus	Ua <input type="checkbox"/>	Anm:
Sköldkörtel	Ua <input type="checkbox"/>	Anm:
Cirkulationsorgan	Ua <input type="checkbox"/>	Anm:
Andningsorgan	Ua <input type="checkbox"/>	Anm:
Bukorgan	Ua <input type="checkbox"/>	Anm:
Ledstatus	Ua <input type="checkbox"/>	Anm:
HIV-test utför den (datum): <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg		

Urin: Äggvita Socker			
Blodtryck	Längd, cm	Vikt, kg	Midjemått, cm

Synskärpa

Normal syn med/utan optiska synhjälpmedel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Grav synskada	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej

Hörsel

Grav hörselskada	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
------------------	-----------------------------	------------------------------

Har sökanden eller finns det tecken på något av följande?

Organisk nervsjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	Om ja, beskriv:
Ögon- eller öronsjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Annan somatisk sjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Psykisk sjukdom eller störning	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Om ja i någon av rutorna ovan	<input type="checkbox"/>	Har intygsskrivande läkare med patientens medgivande tagit del av aktuella patientjournaler?	
Medicinering:			

Hälsotillstånd

Sökandens hälsotillstånd är	<input type="checkbox"/> gott	<input type="checkbox"/> tillfredsställande	<input type="checkbox"/> otillfredsställande
-----------------------------	-------------------------------	---	--

Prognos

Beskriv prognosen för ovannämnda sjukdom/-ar och/eller funktionsnedsättning/-ar och ange om den är god, oförändrad, oviss eller ogynnsam i ett 10–20-årsperspektiv
--

Underskrift

Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn	Den legitimerade läkarens namnteckning	Befattning	
Ort och datum	Tjänsteställe	Telefon	E-post
Utdelningsadress	Postnummer	Postort	

(Om utrymmet inte räcker till, skriv på numrerade fortsättningsblad)

Sid.1 (av...)

Intyg i samband med ansökan om medgivande för adoption

Socialtjänsten har begärt in ett intyg om sökandens hälsotillstånd. I sin utredning om medgivande för att ta emot ett utländskt barn för adoption ska socialtjänsten bland annat göra en bedömning av sökandens fysiska och psykiska hälsotillstånd (6 kap. 12 § socialtjänstlagen). Ditt utlåtande är därför ett viktigt underlag för socialtjänstens utredare.

Det sammanhang där sökandens hälsotillstånd kommer att ingå i en helhetsbedömning är följande:

- Adoptivbarn har under hela uppväxten extra stora behov av föräldrarnas känslomässiga tillgänglighet, lyhördhet och stöd. De behöver psykiskt stabila föräldrar, med så stor egen trygghet att de har kapacitet att ta hand om ett barn som kanske är avvisande, ger svaga eller svårtolkade signaler, väcker känslor av oro och osäkerhet.
- Adoptivbarn har varit med om flera separationer och andra svårigheter och har särskilt behov av trygghet och stabilitet.
- Sökandens psykiska stabilitet och hälsa har särskild relevans för bedömningen av lämpligheten för adoptivföräldraskap (båda sökandena i ett par).
- Vid eventuell sjukdom, funktionsnedsättning eller psykiska svårigheter är prognosen särskilt betydelsefull som underlag för utredarens bedömning.
- Uppgifter om hälsotillståndet är också viktiga för barnets ursprungsland, när de ansvariga där väljer bland olika tänkbara adoptivföräldrar.