



## SPECIALISTLÄKARINTYG

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

### Personuppgifter för den som intyget avser (sökanden)

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

### Hälsotillstånd

Ange om sökandens hälsotillstånd är <input type="checkbox"/> gott <input type="checkbox"/> tillfredsställande <input type="checkbox"/> otillfredsställande
--

### Sjukdom/-ar och/eller funktionsnedsättning/-ar

Ange om sökanden har eller har haft sjukdom eller funktionsnedsättning som nu eller i framtiden påverkar den dagliga livsföringen
---

### Medicinering

--

### Påverkan på den dagliga livsföringen

Beskriv hur ovannämnda sjukdom/-ar och/eller funktionsnedsättning/-ar yttrar sig och påverkar den dagliga livsföringen
--

### 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
--

Ort och datum	Den legitimerade läkarens namnteckning	
Befattning	Den legitimerade läkarens efternamn och förnamn	
Tjänsteställe	Telefon (inkl. riktnr)	E-post
Utdelningsadress	Postnummer	Postort