



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service de l'enfance et de la jeunesse SEJ  
Jugendamt JA

Secteur des milieux d'accueil  
Sektor familienexterne Betreuung

T +41 26 305 15 30  
www.fr.ch/ja

**FORMULAR ZUR ERSTELLUNG EINES ARTZZEUGNISSES  
FÜR DEN/DIE LEITER/IN EINER FAMILIENERGÄNZENDEN  
BETREUUNGSEINRICHTUNG GEMÄSS ART. 13 ABS. 1 BST. B PAVO**

Die Verordnung über die Aufnahme von Pflegekindern (PAVO) schreibt vor, dass die für die Beurteilung der Aufnahmebedingungen zuständige Behörde, das Jugendamt (JA), sich vergewissern muss, dass der/die Leiter/in einer familienergänzenden Betreuungseinrichtung gesund ist (Artikel 15 Abs. 1 Bst. b PAVO).

Aus diesem Grund hat das JA den folgenden Fragebogen angefertigt, auf den sich die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt oder die Hausärztin/der Hausarzt bei der Ausstellung des Zeugnisses stützen kann. Dadurch soll sichergestellt werden, dass keinerlei Unvereinbarkeiten zwischen dem physischen und psychischen Gesundheitszustand des/der Leiters/Leiterin der Einrichtung und der Betreuung der Kinder bestehen.

Formular, Fragebogen und Arztzeugnis sind von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder von der Hausärztin/vom Hausarzt auszufüllen. **Das ausgefüllte Formular und das ärztliche Zeugnis sind dem Patienten/ der Patientin zurückzuschicken.**  
**Der Fragebogen bleibt bei der Ärztin/beim Arzt.**

Name der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes:

.....

Adresse:

.....

.....

Telefon: .....

Ausgestellt für: .....

Geboren am: .....

Person arbeitet in folgender Einrichtung: .....

Seit wann kennen Sie die Person? .....

Datum der letzten ärztlichen Untersuchung: .....

<b>ARZTZEUGNIS</b> (ERSTELLT DURCH DIE ÄRZTIN/DEN ARZT)
--

Dieses Arztzeugnis wurde zuhnden des/der Leiters/Leiterin einer familienergänzenden Betreuungseinrichtung erstellt, in Anwendung von Artikel 15 Abs. 1 Bst. b PAVO.

**Die unterzeichnete Ärztin/der unterzeichnete Arzt bestätigt die Untersuchung von:**

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

Die ärztliche Untersuchung erstreckte sich auf:

- chronische Infektionskrankheiten, Erkrankung innerer Organe, zur Invalidität führende Krankheiten, motorische Beeinträchtigungen, Erkrankungen des Nervensystems, onkologische Erkrankungen, Immunerkrankungen (HIV, Hepatitis B usw.), andere, zur Invalidität führende Erkrankungen oder Schäden;
- Suchterkrankungen (Essstörungen, Alkoholabhängigkeiten, Medikamentenabhängigkeiten, Betäubungsmittelabhängigkeiten, Entziehungskuren);
- psychische Erkrankungen;
- durch Unfall verursachte Verletzungen oder Erkrankungen.

**Bilanz**

Nach Abschluss der Untersuchungen bestätigt die Ärztin/der Arzt:

- dass der Gesamtgesundheitszustand der Person insgesamt gut ist und weder eine physische noch eine psychische Erkrankung vorliegt, die gegen die Betreuung von Kindern sprechen würde; ☐
- dass der Gesamtgesundheitszustand der Person insgesamt gut ist, dass aber gewisse Vorbehalte in Bezug auf die Kinderbetreuung anzubringen sind; ☐
- dass der Gesamtgesundheitszustand der Person insgesamt nicht gut ist und eine physische oder psychische Erkrankung vorliegt, die gegen die Betreuung von Kindern spricht. ☐

Ort und Datum: .....

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:

.....

<b>FRAGEBOGEN ZUR ERSTELLUNG DES ARZTZEUGNISSES</b>
---

**1. Leidet die Person an einer der folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen?**

- |   |                                  |    |      |
|---|----------------------------------|----|------|
| - | chronische Infektionskrankheiten | Ja | Nein |
|   | Wenn ja, welche und seit wann?   |    |      |

.....

- |   |  |    |      |
|---|--|----|------|
| - | Erkrankungen innerer Organe, Invaliditätsrisiko? | Ja | Nein |
|   | Wenn ja, welche und seit wann?                   |    |      |

.....

- |   |                                |    |      |
|---|--------------------------------|----|------|
| - | motorische Beeinträchtigungen  | Ja | Nein |
|   | Wenn ja, welche und seit wann? |    |      |

.....

- |   |                                |    |      |
|---|--------------------------------|----|------|
| - | Erkrankungen des Nervensystems | Ja | Nein |
|   | Wenn ja, welche und seit wann? |    |      |

.....

- |   |                                |    |      |
|---|--------------------------------|----|------|
| - | onkologische Erkrankungen      | Ja | Nein |
|   | Wenn ja, welche und seit wann? |    |      |

.....

- |   |                                |    |      |
|---|--------------------------------|----|------|
| - | Immunerkrankungen              | Ja | Nein |
|   | Wenn ja, welche und seit wann? |    |      |
|   | (HIV, Hepatitis B usw.)        |    |      |

.....

- |   |  |    |      |
|---|--|----|------|
| - | andere Erkrankungen, Verletzungen oder , Invaliditätsrisiko? | Ja | Nein |
|   | Wenn ja, welche und seit wann?                               |    |      |

.....

## 2. Suchterkrankungen

Ja

Nein

	seit wann	in Behandlung	Behandlung abgeschl.
Essstörungen			
Alkoholabhängigkeit			
Medikamentenabhängigkeit			
Betäubungsmittelabhängigkeit			
Andere			

Hat die Person eine oder mehrere Entziehungskuren hinter sich?

Ja

Nein

## 3. Psychische Erkrankungen

Ja

Nein

	seit wann	in Behandlung	Behandlung abgeschl.
Depressive Episoden			
Andere			

- ambulant behandelt: .....

- stationär behandelt: .....

## 4. War die Person Opfer eines schweren Unfalls?

Ja

Nein

Wenn ja, wann?

.....

Allfällige physische oder psychische Folgeschäden?

.....

**Dieser Fragebogen bleibt in den Händen der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes bzw. der Hausärztin/des Hausarztes.**