



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 DAS PERSONAL EINER FAMILIENERGÄNZENDEN BETREUUNGSEINRICHTUNG

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 das Personal 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 der/des Mitarbeiterin/Mitarbeiters 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 zuhanden der/des Mitarbeiterin/Mitarbeiters 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.**