

Stadt Emden
 FD Sozialer Dienst
 Pflegekinderdienst
 Maria-Wilts-Straße 3

Datum:
 Sachbearbeitung:
 Kontakt:

26721 Emden

Gesundheitsfragebogen als Anhang zum Antrag auf Vermittlung eines Pflegekindes

*1. Angaben der Pflegeeltern zur Person:

Personalien	Bewerber*in 1	Bewerber*in 2
Name/ Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Anschrift		
Telefon (privat)		
Telefon (dienstlich)		
E-Mail-Adresse		
Schwerbehindertenausweis und ggf. GdB:		
Pflegegrad:		

2. Erkrankungen (Operationen)? (der Bewerber sowie der im Haushalt lebenden Personen)

ja nein

→Wenn ja, bitte folgendes angeben:

Datum	Erkrankung	Bewerber*in 1	Bewerber*in 2	Kind
	Schwerwiegende Operation			
	Nervenerkrankung (wie z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose)			
	Ansteckende Erkrankungen (wie z.B. Tbc)			
	Stoffwechselerkrankungen (wie z.B. Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörungen)			



	Lungen- und Atemwegserkrankungen (wie z.B. Asthma, COPD)			
	Herzerkrankung			
	Krebserkrankung			
	Suchterkrankung			
	Depressionen			
	Sonstige psychische Erkrankungen			
	Sonstige:			
	Werden regelmäßig Arzneimittel angewandt? Wenn ja, welche?			
Erläuterung:				
Name und Anschrift der Fachärztinnen und Fachärzte:				
Name und Anschrift der Hausärztinnen und Hausärzte:				
Krankenversicherung:				

Bitte lesen:

Wir versichern, dass die von uns gemachten Angaben, nachdem wir sie selbst durchgelesen haben, der Wahrheit entsprechen und dass wir keine wichtigen Angaben verschwiegen haben.

Wir verpflichten uns ausdrücklich, alle wesentlichen Änderungen hierzu unaufgefordert dem Jugendamt mitzuteilen, sobald sie uns bekanntgeworden sind.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass dieser Fragebogen bei einer Begutachtung durch das Gesundheitsamt gemeinsam mit fachärztlichen Unterlagen als Grundlage dienen kann. Wir erklären uns mit einer Weitergabe einverstanden.

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass das Gesundheitsamt Emden sich mit den hier genannten Fachärztinnen und Fachärzten in Verbindung setzen können und entbinden sie hiermit von der Schweigepflicht.

Sollte ein Drogenscreening durch das Gesundheitsamt erforderlich sein, so erklären wir uns auch hiermit einverstanden.

Wir stimmen einer Weitergabe der Ergebnisse der Untersuchungen an das Jugendamt Emden durch das Gesundheitsamt zu.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Bewerber*in1)

(Unterschrift Bewerber*in 2)