

LÄKARINTYG för sökande av adoptivbarn

Anvisningar till den läkare som utfärdat intyget.

Syftet med undersökningen är att konstatera om den sökande har sjukdom eller handikapp som i framtiden kan komma att nedsätta vederbörandes krafter eller verka invalidiserande. Visar det sig att sökanden har sådan sjukdom ankommer det på socialförvaltningen att begära särskilt utlåtande av läkare som behandlar eller kontrollerar patienten eller av någon annan expert inom området ifråga.

Personnr

Namn

Yrke/
Titel

Adress

Tfn

Intyget begärt av

Identiteten styrkt genom

personlig
kännedom pass körkort annan
identitets-
handling

Den undersöktes inför läkaren lämnade uppgifter om sitt hälsotillstånd m m

Har den undersökte lidit av

	Ja	Nej		Ja	Nej
Gulsot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sockersjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ögon-/Öronsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Struma eller annan endokrin sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk ledsjukdom ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulös sjukdom ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kroniskt ryggbesvär, ischias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykisk sjukdom eller rubbning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organisk nervsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärt-/Kärlsjukdom ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan långvarig el- ler allvarlig sjukdom .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svårare fysiskt handikapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukdom i bukorgan .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Vid X i Ja-ruta lämnas kompletterande uppgifter om diagnos, vårdande läkare och/eller sjukhus samt vårdtid

Anser sig den undersökte fullt
frisk och fri från handikapp?

Ja Nej

Om nej, ange orsak

Härmed försäkrar jag, att ovan lämnade uppgifter avgivits sanningsenligt och efter bästa förstånd. Jag medger att de läkare jag anlitat och läkare vid de sjukhus, där jag undersökts eller vårdats, får lämna upplysningar om mitt hälsotillstånd till den som begärt intyget.

Datum

Den undersöktes underskrift

Tillståndet vid undersökningen

Kroppskonstitution, allmäntillstånd Munhåla, näsa, svalg, stämman, talet, tandstatus Sköldkörtel Cirkulationsorgan Andningsorgan Bukorgan Hållning- och rörelseorgan	Utan anmärkning	Anmärkning			
	HIV-test: utfört den	resultat	Urin: äggvita	socker	
	Blodtryck	Längd	Vikt		
	Synskärpa:	Utan korrektion	Med korrektion	Visksamtal, m	Samtalsstämma, m
	Höger öga	-----	-----	Hörsel: Höger öra	-----
Vänster öga			Vänster öra		
Tecken på organisk nervsjukdom eller psykisk sjukdom, rubbning eller särtart, ögon- eller öronsjukdom samt annan sjukdom, handikapp eller annan omständighet av betydelse för hälsotillståndet					

Utlåtande

<input type="checkbox"/>	Den undersökte har befunnits vara fri från sjukdom och handikapp				
<input type="checkbox"/>	Den undersökte har befunnits vara behäftad med _____ (Sjukdom eller handikapp)				
Prognos beträffande ovan nämnda sjukdom					
<input type="checkbox"/>	Oförändrad	<input type="checkbox"/>	Oviss	<input type="checkbox"/>	Gynnsam
Anteckningar angående prognosen					

Underskrift

Datum och läkarens underskrift	Namnförtydligande
	Tjänstetitel
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon (även riktnr)