

Udfyldes af adoptionsafdelingen

Dato

Journalnummer

Helbredserklæring  
til brug ved adoption

1. Ansøger

Efternavn

Personnummer

Fornavne

Adresse

Erhverv

2. Arvelige sygdomme

Har De kendskab til arvelige sygdomme i Deres slægt

Nej

Ja

Hvis ja, hvilke

3. Medfødt sygdom eller udviklingsfejl

A. Lider De af eller har De lidt af medfødt sygdom eller udviklingsfejl

Nej

Ja

Hvis ja, hvilke

B. Har De haft særlige sygdomme i barndom og opvækst

Nej

Ja

Hvis ja, hvilke sygdomme

Hvornår

C. Har De været indlagt på hospital før 18 års alder

Nej

Ja

Hvis ja, hvor

Hvornår

For hvad

4. Særlige sygdomme i voksen alder

A. Har De lidt af særlige sygdomme i voksen alder

Nej

Ja

Hvis ja, hvilke

Hvornår

B. Har De været undersøgt eller behandlet af læger, speciallæger herunder psykiater og psykolog, eller har De været indlagt på hospital			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, lægens/hospitalets navn	For hvad	Hvornår		
C. Er De blevet opereret			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, for hvad		Hvornår		
D. Har De været sygemeldt mere end 3 uger i træk			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvornår	Af hvilken årsag			
E. Har De bortset fra kortvarig behandling af forbigående sygdom fået medicin,			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvilken medicin		Hvilket tidsrum		
F. Er De kommet til skade ved ulykkestilfælde			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvordan		Hvornår		
G. Har De haft hjernerystelse			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvornår				



<b>C. Er De undersøgt for barnløshed</b>		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvor		Hvornår	
Hvad kan De oplyse om undersøgelsens resultat			
<b>D. Er De behandlet for barnløshed</b>		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvor		Hvornår	
Hormon- behandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Operation	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
		Anden behandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

<b>7. Nuværende helbredstilstand</b>			
<b>A. Føler De Dem fuldstændig fysisk og psykisk rask</b>		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis nej, hvad fejler De			
<b>B. Får De for tiden medicin</b>		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, angiv hvert medikament for sig		Daglig dosis	
<b>C. Hvor stort er Deres gennemsnitlige forbrug af</b>			
Alkohol (øl, vin, spiritus)	Tobak	Narkotika	

<b>8. Egen læge</b>	
Navn	
Adresse	Telefon

<b>9. Erklæring</b>	
<p>Undertegnede erklærer, at ovenstående besvarelser er i overensstemmelse med sandheden. Jeg er indforstået med, at der indhentes lægelige oplysninger, og at betale de dermed eventuelle forbundne udgifter.</p> <p><b>NB.: Afgivelse af urigtig erklæring kan straffes efter straffelovens § 163.</b></p>	
Dato	Underskrift