
Stempel des Arztes

Ort und Datum

Ärztliches Gutachten zur Adoptionseignung des Kindes

Über die Gesundheit von _____

geboren am _____

In Behandlung seit: _____

Vorgeschichte

Überstandene Krankheiten

Chronische Erkrankungen

Krankenhausaufenthalte

Eindruck über den Entwicklungsstatus des Kindes

Bei _____ liegen keine lebensverkürzenden oder ansteckenden
Erkrankungen vor.

Aus ärztlicher Sicht sind keine Gründe ersichtlich, die gegen die Adoption des o.g. Kindes
sprechen.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

