

Læknisvottorð fyrir væntanlegt fósturforeldri/vistforeldri

Framhlið fyllist út af væntanlegu fósturforeldri/ vistforeldri í viðurvist heilsugæslulæknis eða heimilislæknis.
Bakhlið fyllist út af læknum.

Kennitala:

Nafn:.....

Heimili: Póstnúmer:

Staður:

Hefur umsækjandi haft:

Gulu

Hjarta eða æðasjúkdóm

Sykursýki

Geðrænan sjúkdóm

Lungnasjúkdóm

Sjúkdóm í taugakerfi

Liðagigt

Skjaldkirtilssjúkdóm

HIV smit

Áfengisvandamál

Nánari skýringar ef krossað er við einhvern af ofangreindum sjúkdómum.

.....

.....

.....

.....

Hefur umsækjandi fengið einhvern annan langvinnan sjúkdóm?

.....

Nafn sérfræðings sem hefur haft með meðferð að gera:

.....

Það staðfestist að ofangreindar upplýsingar eru réttar og gefnar eftir bestu vitund. Ég veiti samþykki mitt til þess að lækni sem ég hef leitað til eða lækna á sjúkrahúsi/sjúkrastofnun þar sem ég hef gengist undir rannsókn eða meðferð veiti Barnaverndarstofu/barnaverndarnefnd upplýsingar um heilsufar mitt, verði þess talin þörf.

.....

Staður og dagsetning.

.....

Undirskrift væntanlegs fósturforeldris.

Læknisvottorð.

Útfyllist af heilsugæslulækni eða heimilislækni.

Líkamsbygging:

Almennt ástand:

Munnur/kok:

Öndunarfæri:

Hjarta og æðakerfi:

Kviður:

Stoðkerfi:

Hæð:

Þyngd:

Blóðþrýstingur:

Er vísbending um andlega eða líkamlega vanheilsu, sjúkdóm eða fötlun:

.....
.....
.....
.....

.....
Staður og dagsetning.

.....
Undirskrift og stimpill