**Name und Anschrift des Arztes/der Praxis**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Ort, Datum**

 Ärztliche Bescheinigung

Betreff: **Name, Vorname**

 **geboren**

 **Straße, Hausnummer**

 **Postleitzahl Ort**

Frau **Vorname, Name** wurde am **Datum** untersucht. Es besteht eine **Diagnose** (falls eine Erkrankung vorliegt, dann auch ein Hinweis auf die Therapiemöglichkeiten). Sie leidet nicht an einer ansteckbaren Krankheit, Geschlechtskrankheit, AIDS, Tuberkulose, Lungen- und Herzkrankheiten oder anderen Erkrankungen, die lebensverkürzend für die Patientin oder die lebensbedrohend für ein Adoptivkind sein könnten.

Aus ärztlicher Sicht bestehen keine Bedenken gegen die Adoption eines Kindes

**Unterschrift und Stempel**