

**ADOPTION 6**  
**HÄLSODEKLARATION**

för ansökan om medgivande att ta emot ett utländskt barn för adoption

**Läs bifogade information innan du fyller i hälsodeklarationen.  
Ta med deklARATIONEN till läkarbesöket.****Sökande**

Efternamn och samtliga förnamn	Personnummer
--------------------------------	--------------

Röker du?  ja  nej**Har du haft följande sjukdomar/hälsoproblem?** (Om det är något du inte förstår – hoppa över och fråga sedan läkaren)

Gulsot (hepatit A B C)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Hudsjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Ögon-/öronsjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Kronisk ledsjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Sjukdom i bukorgan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Njursjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Diabetessjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Struma eller endokrin sjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Tuberkulos	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Depression	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Beroende eller missbruk av alkohol, droger eller läkemedel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Annan långvarig eller allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej

Om ja ange vilken/vilka:

.....

.....

.....

**Medicinering (namn och aktuell dos)**

--

**Funktionsnedsättning**

Har du någon funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Om ja, är detta ett hinder i ditt vardagsliv	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Har du något stöd/hjälpmedel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Om ja, på vilket sätt?	

**Hälsotillstånd**

Hurdant är ditt hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/> gott <input type="checkbox"/> tillfredsställande <input type="checkbox"/> otillfredsställande
Beskriv:	

**Underskrift**

Datum	Namnsteckning	Namnförtydligande
-------	---------------	-------------------

## Hälsodeklaration och läkarintyg för dig som ansöker om att få adoptera

Socialtjänsten ska i sin utredning om medgivande för att ta emot ett utländskt barn för adoption enligt socialtjänstlagen bland annat göra en bedömning av ditt fysiska och psykiska hälsotillstånd. Den som ska ta emot ett barn för adoption får inte ha någon sjukdom eller funktionsnedsättning som kan komma att vara ett hinder för att man ska kunna fungera fullt ut som förälder till ett adoptivbarn, med dess särskilda behov.

Därför behöver du genomgå en läkarundersökning. Det kan du göra hos din husläkare eller motsvarande.

Fyll i hälsodeklarationen och ta med den till den läkare som ska undersöka dig.

Om du har någon sjukdom eller funktionsnedsättning kan det också behövas ett intyg från en specialistläkare som underlag för socialtjänstens bedömning av hur detta kan påverka

familjens dagliga liv nu och i framtiden. I vissa fall kan det också behövas ett utlåtande från psykiater eller psykolog. Det kommer din utredare i så fall att informera dig om. Socialnämnden kan vid svårare bedömningar också vända sig till Socialstyrelsens rättsliga råd för ett utlåtande.

Enligt FN:s barnkonvention är det hänsynen till barnets bästa som ska avgöra vid adoption, inga andra intressen får gå före eller väga lika tungt. Det är barnets behov av nya föräldrar som kan tillgodose dess behov som har absolut prioritet.

I ett par ska båda sökandena ha så god hälsa att de kan bedömas fungera fullt ut i föräldrarollen under adoptivbarnets hela uppväxt.

Uppgifter om hälsotillståndet är också viktiga för barnets ursprungsland, när de ansvariga där väljer bland olika tänkbara adoptivföräldrar till barnet.