

**DEPARTEMENT
BILDUNG, KULTUR UND SPORT**

Abteilung Sonderschulung, Heime und Werkstätten

25. Februar 2020

ÄRZTLICHES ZEUGNIS

Gesuch um Betriebsbewilligung einer Einrichtung für Menschen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen

Das Betreuungsgesetz (SAR 428.500) und die Betreuungsverordnung (SAR 428.511) schreiben eine sorgfältige Untersuchung der Eignung von Leitungspersonen von Einrichtungen für Menschen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen vor, namentlich auch hinsichtlich des Gesundheitszustands.

Dieses Formular dient der Abteilung Sonderschulung, Heime und Werkstätten als zuständige Bewilligungsbehörde des Kantons Aargau zur Prüfung der Eignung von Leitungspersonen von Einrichtungen für Menschen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen zwecks Erteilung von Betriebsbewilligungen.

Das Formular ist vom Arzt oder der Ärztin der Leitungsperson der gesuchstellenden Einrichtung auszufüllen und an den Vertrauensarzt der Abteilung an die folgende Adresse weiterzuleiten:

Departement Gesundheit und Soziales
Kantonsärztlicher Dienst
z. H. Kantonsärztin, Dr. Yvonne Hummel
Bachstrasse 15
5001 Aarau

Behandelnder Arzt:

Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Wohnort	
Telefon	

Ärztliches Zeugnis erstellt für:

Name der Einrichtung / der Organisation	
Name / Vorname	
Adresse	
PLZ / Wohnort	
Telefon	

Fragebogen

Seit wann kennen Sie Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten?	
Datum der letzten ärztlichen Untersuchung	

1. Abhängigkeiten

 Ja Nein

	seit wann...	...in Behandlung	...Behandlung beendet
Alkohol			
Medikamente			
Betäubungsmittel			
Essstörungen			

Hat die Patientin / der Patient eine oder mehrere Entziehungskuren gemacht:

 Ja Nein

2. Psychische Leiden

 Ja Nein

wenn ja, welche?	seit wann...	...in Behandlung	...Behandlung beendet

3. Hat die Patientin / der Patient einen schweren Unfall erlitten?

 Ja Nein

wenn ja, wann?	seit wann...	...in Behandlung	...Behandlung beendet
Mögliche physische oder psychische Folgen			

4. Leidet die zu begutachtende Person an einer der folgenden gesundheitlichen Beschwerden

Behinderung des Bewegungsapparats	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche und seit wann?		
Chronische Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche und seit wann?		
Organische Krankheit, die zu einer Invalidität führt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Erkrankung des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche und seit wann?		
Onkologische Leiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche und seit wann?		
Erkrankung des Immunsystems (HIV, Hepatitis B etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche und seit wann?		
Andere Krankheiten oder Traumata, die zu einer Invalidität führen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche und seit wann?		

Beurteilung:

Bestehen im Hinblick auf das Leiten einer Einrichtung für Menschen mit besonderen Betreuungsbedürfnissen (körperlich und / oder psychisch behinderte Menschen oder Menschen in sozialen Notlagen):

psychische Bedenken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
physische Bedenken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
andere Bedenken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ausführung allfälliger Bedenken:

Haben Sie mit dem Vertrauensarzt
Kontakt aufgenommen?

 Ja Nein

Ort und Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin:

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt und nur im Rahmen des laufenden Verfahrens ausgewertet.
