

# HEILBRIGÐIS- OG LÆKNISVOTTORÐ

vegna umsóknar um forsamþykki/  
leyfi til ættleiðingar

## Persónuupplýsingar

Nafn:	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:

## I.hluti: Upplýsingar um heilsufar

Útfyllist af umsækjanda í viðurvist læknis. Nafn læknis: \_\_\_\_\_

Til læknis: Svara skal öllum neðangreindum spurningum. Ekki er heimilt að setja endurtekningarmarki eða sviga utan um spurningar.

Til umsækjanda: Mikilvægt er að skrifa með skýrum prentstöfum. Vísað er til ákvæða III. kafla reglugerðar um ættleiðingar nr. 238/2005 þar sem fjallað er um skilyrði fyrir því að ættleiða barn. Í 9. gr. reglugerðar um ættleiðingar segir að umsækjendur skuli vera svo andlega og líkamlega heilsuhraustir að tryggt sé, eftir því sem unnt er, að ættleiðing verði barni fyrir bestu. Því megi umsækjendur ekki vera haldnir sjúkdómi eða þannig á sig komnir að það dragi úr lífslíkum þeirra á þeim tíma þar til barn verður sjálfráða, eða minnki möguleika þeirra til að annast vel um barn. Í reglugerðinni er listi, ekki tæmandi talinn, yfir sjúkdóma er geta haft áhrif við mat á hæfni til að ættleiða barn.

Tekið skal fram að ef svar við einhverjum spurningum frá a) – x) er játandi, er hægt að leggja fram læknisvottorð frá sérfræðilækni með umsókn um ættleiðingu, sé þess talin þörf. Ennfremur er tekið fram að þrátt fyrir að svar við einhverjum spurningum frá a) – x) er játandi, leiðir það ekki sjálfkrafa til höfnunar umsóknarinnar.

Með útfyllingu eyðublaðsins lýsir umsækjandi því yfir að hann hafi sjálfur svarað öllum spurningum og staðfestir að svör hans séu rétt og sannleikanum samkvæm og ekki séu undanskilin atriði sem kunnir að skipta máli. Þá veitir umsækjandi samþykki sitt til þess að læknar, sjúkrastofnanir og aðrir sem hafa með höndum upplýsingar um heilsufar hans, veiti barnaverndarnefnd upplýsingar um heilsufar hans, verði þess talin þörf.

Hefur þú núna eða hefur þú áður haft eftirtalda sjúkdóma eða sjúkdómseinkenni og/eða leitað læknis vegna þeirra?

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| a) Alnæmi (AIDS) eða hefur þú ástæðu til að ætla að þú sért smituð/smitaður af sjúkdómnum eða öðrum alvarlegum smitjúsúkdómum.  | Já | Nei |
| b) Sjúkdóm/vandamál eða einkenni frá taugakerfi, krampa, lömum, heila- og mænusigg (MS), hreyfitaugasjúkdóm (MND), flogaveiki, yfirlið, mígreni, svima, dofa, skjálfta eða tíða höfuðverki. | Já | Nei |

c) Fötlun eða hreyfihömlun.	Já	Nei
d) Geðsjúkdóma, geðraskanir eða þroskahömlun.	Já	Nei
e) Sjúkdóma/vandamál í augum.	Já	Nei
f) Sjúkdóma/vandamál í eyrum.	Já	Nei
g) Offitu.	Já	Nei
h) Astma, berkjubólgu, lungnaþembu, lungnateppu eða aðra lungnasjúkdóma, langvinnt hæsi eða sjúkdóma í koki eða barkakýli.	Já	Nei
i) Sjúkdóma í hjarta eða æðum, hjartsláttatruflanir eða hjartveiki eða önnur óþægindi fyrir hjarta.	Já	Nei
j) Háþrýsting.	Já	Nei
k) Blóðleysi eða aðra blóðsjúkdóma.	Já	Nei
l) Ofnæmissjúkdóm.	Já	Nei
m) Fengið óeðlilegar niðurstöður rannsókna, t.d. hækkun blóðfitu eða blóðsykurs.	Já	Nei
n) Magasár, sár í görnum/ristli, blæðingar í görnum/ristli eða aðra meltingafærasjúkdóma.	Já	Nei
o) Gallsteina, gulu eða sjúkdóma/vandamál í lifur, gallblöðru, briskirtli eða milta.	Já	Nei
p) Nýrnabólgu, prótín eða blóð í þvagi, nýrnaskjóðubólgu, nýrnasteina eða aðra nýrna- eða þvafærasjúkdóma.	Já	Nei
q) Sykursýki.	Já	Nei
r) Skjaldkirtilssjúkdóm eða aðra innkirtla- og efnaskiptasjúkdóma.	Já	Nei
s) Brjós-klos, þursabit, verk í hálsi/mjóhrygg eða aðra baksjúkdóma.	Já	Nei
t) Liðagigt (íktsýki), þvagsýrugigt, bandvefssjúkdóma eða aðra gigtarsjúkdóma (þ.m.t. verkir í vöðvum og beinum).	Já	Nei
u) Krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma/vandamál, frumubreytingar, vöxt, æxli, eitlasjúkdóma eða góðkynja heilaæxli.	Já	Nei
v) Hefur þú þegið líffæri.	Já	Nei
w) Verið metin(n) öryrki eða bíður þú eftir örrukumati.	Já	Nei
x) Aðra sjúkdóma/vandamál.	Já	Nei

1. Ef svar við einhverjum spurningum frá a) – x) er játandi skal tilgreina:

Heiti sjúkdóms/tegund vandamáls \_\_\_\_\_ Hvenær greint (ár)? \_\_\_\_\_

Lýstu einkennum stuttlega \_\_\_\_\_

---

---

---

Hvenær komu þau fyrst fram? \_\_\_\_\_ En síðast? \_\_\_\_\_

Hvernig var meðferð/meðhöndlun háttað? \_\_\_\_\_

Er bati þinn:      Algjör að sögn læknis      Að hluta til að sögn læknis, lýsið nánar

---

---

---

Hefur þú sótt meðferð á sjúkrahúsi, stundað göngudeild/dagdeild vegna sjúkdómsins?

Já      Nei

Ef já, hvar og hversu lengi? \_\_\_\_\_

Tilgreindu nöfn og aðsetur læknis/lækna sem höfðu þig til meðferðar \_\_\_\_\_

Hefur sami læknir þig í dag til meðferðar?      Já      Nei

Hefur þú á einhverjum tímapunkti tekið inn lyf vegna sjúkdómsins?      Já      Nei

Ef já, nafn/nöfn lyfja \_\_\_\_\_

Læknir sem ávísaði lyfinu/lyfjunum \_\_\_\_\_

Tekur þú inn lyf í dag vegna sjúkdómsins?      Já      Nei

Ef já, nafn/nöfn lyfja \_\_\_\_\_

Er þörf á reglulegu eftirliti vegna sjúkdómsins? Já    Nei

2. Hefur þú orðið fyrir slysi? Já    Nei

Ef já, hvenær, hvernig og hvaða afleiðingar hafði það? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Reykir þú? Já    Nei

**Já**, hve mikið daglega? \_\_\_\_\_ Síðan hvenær? \_\_\_\_\_

**Nei**, hefur þú reykt áður? Já    Nei    Ef já, hvenær hættir þú? mánuður \_\_\_\_\_ ár \_\_\_\_\_

4. Neytir þú áfengis? Já    Ef já, hveru marga drykki á viku? Já    Nei

\_\_\_\_\_

Hefur þú átt við vandamál að stríða vegna neyslu áfengis, lyfja og/eða annarra vímuefna? Já    Nei

Hefur þú þurft að leita þér aðstoðar (t.d. læknaaðstoðar) vegna neyslu áfengis eða lyfja? Já    Nei

5. Stundar þú reglulega hreyfingu? Já    Nei

Ef já, hversu oft í viku \_\_\_\_\_

Dagsetning \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjanda \_\_\_\_\_

**Eyðublað fyllt út í viðurvist minni:**

Dagsetning \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_

Undirskrift læknis \_\_\_\_\_

Læknanúmer \_\_\_\_\_ Aðsetur \_\_\_\_\_

## II. hluti: Læknisskoðun

### Útfyllist af lækni.

Tilgangur læknisskoðunar er að ganga úr skugga um hvort væntanlegt kjörforeldri sé haldið nokkrum þeim sjúkdómi eða fötlun sem haft gæti áhrif á getu þess til að annast barnauppleði.

1. a) Hæð \_\_\_\_\_ cm      b) Þyngd \_\_\_\_\_ kg      c) BMI stuðull \_\_\_\_\_<sup>1</sup>      d) Mittisummál \_\_\_\_\_ cm.

2. Bendir útlit eða framkoma til einhverrar veiklunar eða heilsubreysts, Já      Nei  
þ.m.t. geðrænna sjúkdóma?

Ef **já**, er nánari skýringa óskað: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Er nokkuð óeðlilegt við:

a) Höfuð, munn, kok eða háls. Já      Nei

b) Lungu, (m.a. við hlustun). Já      Nei

c) Hjarta og æðar (m.a. við hlustun). Já      Nei

d) Kviðarhol, t.d. uppþemba, stækkun líffæra, eymsli eða ör. Já      Nei

e) Bak og sérstaklega hrygg. Já      Nei

f) Handleggi, fótleggi og liði (æðahnútar, bjúgur, sláttur í útæðum eða merki um yfirstandandi eða yfirstaðna bláæðabólgu eða vöðvarýrnun). Já      Nei

g) Húð eða eitla. Já      Nei

h) Rannsókn á taugakerfi (einkum lömum, skjálfti eða óeðlileg sinaviðbrögð). Já      Nei

Púls: Taktur \_\_\_\_\_  
Tíðni \_\_\_\_\_

Heyrn: Hægra eyra \_\_\_\_\_  
Vinstra eyra \_\_\_\_\_

Sjón: Hægra auga \_\_\_\_\_  
Vinstra auga \_\_\_\_\_

Blóðþrýstingur: Slagbil (systolic) \_\_\_\_\_  
Hlébil (diastolic) \_\_\_\_\_

Þvagrannsókn: Eggjahvíta \_\_\_\_\_  
Sykur \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Samkvæmt viðmiðunarmörkum Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar, WHO, er vannæring, kjörþyngd, ofþyngd og offita fyrir fullorðna skilgreind á eftirfarandi hátt: BMI < 18.5 (vannæring), BMI 18.5-24.9 (kjörþyngd), BMI 25.0-29.9 (ofþyngd), BMI ≥ 30 (offita).

4. Telur þú þörf á frekari rannsókn á líkamlegri og/eða andlegri heilsu umsækjanda? Já      Nei

Ef já, af hverju?

---

---

---

5. Ef umsækjandi hefur merkt „já“ við einhverja eða einhverjar af spurningum a) – x) í I. hluta skjalsins, er sérstaklega óskað eftir mati læknis á því hvort sjúkdómur/sjúkdómar, ástand eða vandamál, muni hafa áhrif á lífslíkur umsækjanda næstu 15 – 20 árin.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Tilgreindu hér ef þú hefur frekari upplýsingar varðandi heilsufar umsækjanda.

---

---

---

---

**Þetta læknisvottorð er gefið út af mér í fullu samræmi við það sem ég veit um umsækjanda og hef skráð hjá mér um hann, svo og spurningar mínar og þá rannsókn sem ég hef framkvæmt.**

Dagsetning \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_

Nafn læknis: \_\_\_\_\_

Undirskrift læknis \_\_\_\_\_

Læknanúmer \_\_\_\_\_ Aðsetur \_\_\_\_\_

**Óskað er eftir að læknirinn sendi vottorðið í lokuðu umslagi til: Íslenskrar ættleiðingar, Skipholti 50b, 105 Reykjavík.**

**Umsækjandi greiðir sjálfur fyrir vottorðið.**