|  |  |
| --- | --- |
| **Arztbericht (Ausländer)**  **zur Feststellung des medizinischen Sachverhalts**  **in einem ausländerrechtlichen Verfahren** | |
| **Daten über die betroffene Person:**  Name:  Vorname:  Geburtsdatum:  Nationalität: | **Der betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter auszuhändigen** |
| **Name, Adresse und Fachrichtung des Arztes:**  Name:  Vorname :  Adresse:  Fachrichtung: | **Zweck des medizinischen Berichts**  Dieser ärztliche Bericht muss Informationen enthalten über die Anamnese, die Diagnose, die Prognose sowie die notwendige und angemessene Behandlung, damit die medizinische Situation des/der Betroffenen vollständig erfasst werden kann.  Die folgenden Angaben werden vertraulich behandelt. |

* **Vorzugsweise in elektronischer Form und in einer für Nichtfachleute verständlichen Sprache auszufüllen. Dieses Dokument kann auf der SEM-Website unter «Medizinische Fragestellungen», «Arztbericht (Ausländer)», unter folgender Adresse heruntergeladen werden:**

[**https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/service/formulare.html**](https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/service/formulare.html)

# Medizinische Befunde

Betreut seit:  Behandlung bis:

**1.1 Anamnese**(, Ankunft in der Schweiz, frühere Krankheiten oder Unfälle, vorgehende Behandlungen, besonders belastende somatische oder psychische Situation [z.B. Hinweise auf Gewalterfahrungen])

**1.2 Auftretende Schmerzen und Beschwerden**

**1.3 Status**(allgemein und lokal, beeinträchtigte physische und psychische Funktionen, Drogenmissbrauch, Laborbefunde, Rx, EKG, EEG usw.)

**1.4 Entwicklung**

# Diagnose

(für Psychiatrie, nach ICD 10)

# 3. Behandlung

**3.1 Aktuelle Behandlung**

Seit:  wahrscheinlich bis:

Wenn ja, welche (bitte die Art der Behandlung und die verschriebenen Medikamente angeben)?

**3.2 Notwendige und angemessene Behandlung**

Seit:  wahrscheinlich bis:

Wenn ja, welche?

**3.3 Welche medizinischen Kontrollen müssen im Hinblick auf eine Behandlung gemäss Ziffer 3.2 sichergestellt werden?**

# 4. Prognose

**4.1 Prognose ohne Behandlung nach Ziffer 3.2**

gegenwärtig und/oder  zukünftig

**4.2 Prognose mit Behandlung nach Ziffer 3.2**

gegenwärtig und/oder  zukünftig

# Eventuelle Bemerkungen des Arztes

Beilagen :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

(Ort und Datum) (Stempel und Unterschrift des Arztes)