

# Geðheilsumiðstöð barna

## Samþykkisyfirlýsing vegna þjónustu við börn og ungmenni



Vegna: \_\_\_\_\_  
Nafn og kennitala barns/ungmennis

Forsjáraðili eða ungmenni samþykkir með undirritun sinni tilvísun til Geðheilsumiðstöðvar barna og beiðni um meðferð og/eða greiningu.

Með undirritun er jafnframt samþykkt heimild Geðheilsumiðstöðvar barna til að óska eftir nauðsynlegum gögnum um barnið/ungmennið frá skóla, heilsugæslu eða öðrum sérfræðingum í þeim tilgangi að unnt sé að veita umbeðna þjónustu, samanber tilvísun.

*Ungmenni öðlast heilsusjálfræði við 16 ára aldur og því er undirritun forsjáraðila ekki krafa vegna þjónustu Geðheilsumiðstöðvar barna við ungmenni á aldrinum 16 til 18 ára.*

*Vinnsla persónuupplýsinganna fer fram í samræmi við lög nr. 90/2018 um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga, sjúkraskrárlög nr. 55/2009 og settra reglna á grundvelli þeirra. Um vinnslu persónuupplýsinga og réttindi skjólstæðinga HH, er vísað til persónuverndarstefnu á vef HH: [heilsugaeslan.is/personuvernd/](http://heilsugaeslan.is/personuvernd/)*

*Starfsmenn Geðheilsumiðstöðvar barna eru bundnir trúnaðar- og þagnarskyldu í samræmi við 12. gr. laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga og 17. gr. laga nr. 34/2012. Trúnaðar- og þagnarskylda þeirra helst þó þeir láti af störfum.*

Undirritun ungmennis 16 til 18 ára

Undirritun forsjáraðila

Staðfest af tilvísanda:

\_\_\_\_\_  
Dagsetning

\_\_\_\_\_  
Undirritun tilvísanda

Sendið undirritaða samþykkisyfirlýsingu ásamt útfylltu tilvísunareyðublaði með öruggum hætti í gegnum Signet Transfer, hlekkur á síðu Geðheilsumiðstöðvar barna.

Ef það er ekki mögulegt, má senda í ábyrgðarpósti: Geðheilsumiðstöð barna - Inntökuteymi, Þönglabakka 1, 109 Reykjavík