

Tilvísun

Fjölskylduteymi 0-5 ára

Dagsetning:

Undirritað samþykki skal fylgja tilvísun

Foreldri 1/ forsjáraðili 1

Foreldri 2/ forsjáraðili 2

Tilvísandi

Nafn:

Vinnustaður:

Starfsheiti:

Sími:

Netfang:

Tengiliður / málstjóri í nærumhverfi, símanúmer og netfang:

Heilsugæsla / heimilislæknir:

Hvaða þjónustu er óskað frá fjölskylduteymi?

Persónuupplýsingar

Nafn og kennitala barns ef fætt :

Vika meðgöngu:

Áætlaður fæðingardagur:

Eru önnur börn á heimilinu (fjöldi og aldur)?

Foreldri 1 / forsjáraðili 1:

Kennitala: Heimilisfang:

Sími: Netfang:

Sjúkdómsgreiningar:

Stutt geðsaga og hvaða meðferðarúrræði hafa verið reynd áður:

Líkamlegt heilsufar:

Foreldri 2 / forsjáraðili 2:

Kennitala: Heimilisfang:

Sími: Netfang:

Sjúkdómsgreiningar:

Stutt geðsaga og hvaða meðferðarúrræði hafa verið reynd áður:

Líkamlegt heilsufar:

Fjölskyldan

Fær fjölskyldan núna þjónustu annars staðar, t.d. hjá heilsugæslu, þjónustumiðstöð, sérfræðilækni, öðrum meðferðaraðilum eða stofnunum?

Mat á tengslamyndun foreldra við barn:

Líðan barns, líkamleg og tilfinningaleg viðbrögð, (svefn, næring og grátur):

Annað sem mikilvægt er að komi fram: