

Tilvísun

Geðheilsumiðstöð barna (GMB)

Dagsetning tilvísunar:

Undirritað samþykki skal fylgja tilvísun.

Samþykki foreldris/forsjáraðila

Samþykki ungmennis 16-18 ára

[Leiðbeiningar og samþykkiseyðublað eru á vef GMB.](#)

Ófullnægjandi tilvísun verður vísað frá.

Almennar upplýsingar

Kennitala barns/ungmennis:

Nafn:

Móðurmál:

Heimilisfang og póstnúmer:

Sími:

Tilvísandi

Nafn:

Vinnustaður:

Starfsheiti:

Sími:

Netfang:

Ástæða tilvísunar

Á hvaða sviði/við hvaða aðstæður eru helst áhyggjur af barninu?

Merkið við allt sem við á:

ADHD	Hegðun	Einbeiting	Virkni	Samskipti við jafnaldra
Samskipti við fullorða	Líðan	Kvíði	Nám	Einhverfuróf
Málproski	Fínhreyfingar	Grófhreyfingar	Sjálfs hjálpi	
Annað?				

Lýsing á ástæðu tilvísunar:

Helstu áhyggjuefni, staða barns heima, í skóla og námi, styrkleikar og veikleikar barns, núverandi stuðninguog væntingar til þjónustu GMB:

Heilsugæslustöð barnsins:

Heimilislæknir:

Annar sérfræðilæknir sem barnið tengist:

Foreldrar / forsjáraðilar

Foreldri 1 / forsjáraðili 1:

Kennitala:

Sími:

Netfang:

Önnur tengsl forsjáraðila við barn en foreldri, hver?

Foreldri 2 / forsjáraðili 2:

Kennitala:

Sími:

Netfang:

Önnur tengsl forsjáraðila við barn en foreldri, hver?

Móðurmál annars eða beggja foreldra/forsjáraðila er annað en íslenska

Þörf er á túlkþjónustu. Tungumál:

Búseta barns og nærumhverfi

Barnið býr hjá:

Báðum foreldrum

Foreldri 1

Foreldri 2

Stjúpforeldri

Fósturforeldrum

Öðrum, hverjum?

Forsjá barns er hjá:

Báðum foreldrum

Foreldri 1

Foreldri 2

Stjúpforeldri

Fósturforeldrum

Öðrum, hverjum ?

Lögheimili barns er hjá:

Báðum foreldrum Foreldri 1 Foreldri 2 Stjúpforeldri Fósturforeldrum
Öðrum, hverjum?

Líðan og aðstæður barns og fjölskyldunnar (styrkleikar, veikleikar, heilsufarsvandi), samskipti foreldra/forsjáraðila og samskipti barns við heimilismeðlimi og jafnaldra:

Skóli barnsins, bekkur og nafn umsjónarkennara:

Fær barnið sérstök úrræði í skóla? Já Nei

Ef já, hvaða úrræði?

Tengiliður/málstjóri í nærumhverfi (nafn, vinnustaður, sími og netfang):

Aðrir í stuðningsteymi barns (nafn, vinnustaður, sími og netfang):

Núverandi meðferð og þjónusta

Er málið í vinnslu annars staðar? Já Nei

Ef já, þá hvar?

Heilsugæsla Sérfræðilækniþjónusta Sálfræðiþjónusta Félagsþjónusta

Barnavernd Annað, hvað:

Hverskonar stuðning er verið að veita þar:

Lyfjameðferð áður og nú:

Fyrri athuganir sem gerðar hafa verið

Matslistar og próf sem lögð hafa verið fyrir:

SDQ ADHD RCADS WPPSI WISC ASSQ CARS-HF

Annað, hvað?

Önnur fylgigögn:

Skýrsla sálfræðings

Umsögn skóla

Annað, hvað?

Hefur nánari greining farið fram?

Já

Nei

Ef já, hverjar voru niðurstöðurnar?

Hvaða meðferð/úrræði hafa verið reynd?

Fyrir forsjáraðila:

Fyrir barn: