

**Persónuupplýsingar:**

Tilvísun  
Geðheilsuteymi  
Fjölskylduvernd

Bæjarlind 1-3  
201 Kópavogi  
Sími: 513-6770  
[fjolskylduvernd@heilsugaeslan.is](mailto:fjolskylduvernd@heilsugaeslan.is)

Nafn: \_\_\_\_\_  
Kennitala: \_\_\_\_\_  
Heimilisfang: \_\_\_\_\_  
Póstnr: \_\_\_\_\_ Bæjarfélag: \_\_\_\_\_  
Heimasími: \_\_\_\_\_ Farsími: \_\_\_\_\_  
Netfang: \_\_\_\_\_

Á meðgöngu: er í \_\_\_\_\_ viku  
EÐA  
Eftir fæðingu: fæðingardagur barns: \_\_\_\_\_

Dagsetning: \_\_\_\_\_  
Tilvísandi: \_\_\_\_\_  
Starfsheiti: \_\_\_\_\_  
Vinnustaður: \_\_\_\_\_  
Netfang: \_\_\_\_\_  
Sími: \_\_\_\_\_

Nánasti aðstandandi: \_\_\_\_\_  
Heimasími: \_\_\_\_\_ Farsími: \_\_\_\_\_  
Vinnusími: \_\_\_\_\_

Ástæða tilvísunar:

Hvaða meðferðarúræði hafa verið reynd?

Er viðkomandi í tengslum við aðra meðferðar- eða þjónustuaðila? (t.d. sálfræðing, barnavernd, félagsþjónustu, geðlækni)  
Lyfjagjöf?

Hverjar eru væntingar móður/foreldra varðandi þjónustuna / hvaða þætti ætti teymið að vinna með?

Viðkomandi móðir/foreldrar hafa samþykkt tilvísun til Geðheilsuteymis – Fjölskylduverndar:      **já**      **nei**

Undirskrift: \_\_\_\_\_