



Heimild til að afla og veita upplýsingar vegna tilvísunar

Nafn og kt. barns: _____

Undirrituð/aður gef hér með Barna- og unglingageðdeild (BUGL) leyfi til að afla nauðsynlegra gagna og/eða upplýsinga er varða heilsufar, þroskastöðu og hegðun barns míns, frá; heilsugæslu, félagsþjónustu/þjónustumiðstöðvum, skóla/skólaskrifstofu og/eða öðrum sérfræðingum vegna fyrirhugaðrar athugunar/greiningar/meðferðar á BUGL.

Undirrituð/aður gef hér með Barna- og unglingageðdeild (BUGL) leyfi til að veita nauðsynlegar upplýsingar til þeirra sem koma að þjónustu við barnið vegna frávika í líðan, hegðun og þroska (s.s. heilsugæslu, félagsþjónustu/þjónustumiðstöðva, leikskóla/skóla, skólaskrifstofa og svæðisskrifstofa).

Samþykki foreldra/forráðamanna um meðhöndlun gagna úr sjúkraskrá Barna-og unglingageðdeildar (BUGL) m.t.t. laga um persónuvernd á Íslandi.

“Meginreglan er sú að gögn úr sjúkraskrá eru afhent foreldrum eða samstarfsaðilum á skilafundum. Ef því verður ekki við komið og þörf er á að senda gögn bréfleiðis skal það gert í almennum pósti með skriflegu samþykki foreldra.”

Vinsamlegast merkið **aðeins við annan valkostinn.**

Undirrituð/aður mun sækja gögn úr sjúkraskrá í móttöku BUGL og mun koma afritum af þeim gögnum til tilvísanda og annarra viðeigandi aðila til dæmis; heilsugæslu, félagsþjónustu/þjónustumiðstöðva, skóla/skólaskrifstofu og/eða annarra sérfræðinga.

Undirrituð/aður gef hér með BUGL leyfi til að senda gögn úr sjúkraskrá **í almennum pósti** til foreldra og þeirra sem koma nú að þjónustu við barnið og/eða fylgja eftir meðferð, til dæmis; heilsugæsla, félagsþjónusta/þjónustumiðstöðvar, skólar/skólaskrifstofur og/eða aðrir sérfræðingar.

Staður og dagsetning: _____

Undirskrift forsjáraðila

Undirskrift sjúklings ef eldri en 16 ára