Dags.mótt.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Þjónustubeiðni til Sólar**

**sálfræði- og læknisþjónustu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nafn** | **Kennitala** |
| **Heimilisfang** | **Póstnúmer** | **Sveitarfélag** |
| **Netfang** | **Sími** |
| **Heimilislæknir/heilsugæsla** |

|  |
| --- |
| **Stutt lýsing á helstu einkennum og vanda:** |

|  |
| --- |
| **Upplýsingar um fyrri athuganir; afrit af niðurstöðum þurfa að fylgja með.** |

|  |
| --- |
| **Annað sem umsækjandi vill taka fram:**  |

**⎕** Hjá SÓL, sálfræði- og læknisþjónustu eru mál unnin í teymisvinnu þeirra fagaðila sem þar starfa og geta mál einstaklinga því verið rædd í þverfaglegu teymi. Ég undirrituð/aður gef samþykki mitt fyrir þeirri þjónustu.

**⎕** Ég undirrituð/aður veiti samþykki fyrir því að í tengslum við þjónustu SÓL sálfræði- og læknisþjónustu megi SÓL afla nauðsynlegra gagna eða upplýsinga frá skóla, heilsugæslu eða öðrum sérfræðingum og þjónustuaðilum og veita sömu aðilum viðeigandi upplýsingar.

**⎕** Ég undirrituð/aður veiti SÓL sálfræði- og læknisþjónustu leyfi til að senda upplýsingar í **almennum** pósti til annarra þjónustuaðila (s.s. heilsugæslu, þjónustumiðstöðvar, annarra sérfræðinga, félagsþjónustu, skóla).

|  |
| --- |
| **Dagsetning og undirskrift þess sem fyllir út beiðni:** |

|  |
| --- |
| **Dagsetning og undirskrift þess sem beðið er um þjónustu fyrir:** |

Þjónustubeiðni berist til Sólar sálfræði- og læknisþjónustu

Hlíðasmára 14, 201 Kópavogi. Sími 5321500.