Dags.mótt.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Þjónustubeiðni til Sólar**

**sálfræði- og læknisþjónustu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nafn barns** | | **Kennitala** | |
| **Lögheimili barns** | **Póstnúmer** | **Sveitarfélag** | |
| **Foreldri** | | **Kennitala** | |
| **Heimilisfang** | **Netfang** | | **Sími** |
| **Foreldri** | | **Kennitala** | |
| **Heimilisfang** | **Netfang** | | **Sími** |
| **Barnið býr hjá:** | **Forsjá er hjá:** | | |
| **Heimilislæknir/heilsugæsla** | | | |
| **Skóli/leikskóli** | | | |

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

⎕ **Systkini eru nú þegar í þjónustu SÓLar.**

|  |
| --- |
| **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/við undirrituð/aður gef samþykki mitt fyrir þeirri þjónustu.

**⎕** Ég/við undirrituð/aður veiti/veitum 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/við undirrituð/aður veiti/veitum SÓL sálfræði- og læknisþjónustu leyfi til að senda upplýsingar í **almennum** pósti til þeirra sem koma að þjónustu við barnið (s.s. heilsugæslu, þjónustumiðstöðvar, skólaskrifstofu, leikskóla/skóla).

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

**Dagsetning og undirskrift ungmennis eldri en 16 ára:**

|  |
| --- |
| **Dagsetning og undirskrift forsjáraðila:** |