



SÁÁ
Efstaleiti 7
103 Reykjavík
Sími: 530-7600
saa@saa.is
<https://www.saa.is>

Tilvísun fagaðila í sálfræðiþjónustu barna

Vinsamlegast fyllið út öll atriði eftir bestu getu

Barn/unglingur sem vísað er í þjónustu

Nafn:

Kennitala:

Tilvísandi

Nafn:

Vinnustaður

Sími:

Netfang:

Tengiliður

Við hvern á að hafa samband þegar barninu er boðið í viðtal?

Nafn:

Kennitala:

Sími:

Netfang:

Tengsl: Móðir Faðir Stjúpforeldri Fósturforeldri Önnur:

Umönnunaraðstæður og forsjá

Barnið býr hjá: Móður Föður Fósturforeldrum Öðrum:

Forsjá er hjá: Móður Föður Fósturforeldrum Öðrum:

Ástæða tilvísunar

Veit barnið af neysluvanda viðkomandi? Já Nei Veit ekki

Hefur barnið komið áður í sálfræðiþjónustu hjá SÁÁ? Já Nei Veit ekki

Tengsl aðstandanda í vímuefnavanda við barnið:

Stuttleg lýsing á ástæðu tilvísunar

Mat á stöðu og líðan barnsins

Að hve miklu leyti hefur barnið orðið vart við vímuefnavandann?

Veit ekki | Engu Litlu Miðlungs Miklu

Að hve miklu leyti hefur vímuefnavandinn haft áhrif á líðan barnsins?

Veit ekki | Engu Litlu Miðlungs Miklu

Að hve miklu leyti hefur verið rætt við barnið um vímuefnavandann?

Veit ekki | Engu Litlu Miðlungs Miklu

Þjónustubörf

Brýn / Forgangur Í tímaröð

Önnur meðferð og þjónusta

Er barnið í þjónustu annar staðar?

Heilsugæsla Barnavernd Félagsþjónusta Skólaþjónusta
 Sálfræðiþjónusta Sérfræðilæknir Annað:

Greiningar eða aðrir þættir sem gætu haft áhrif á meðferð

Staðfesting

Tilvísandi skal tryggja að samþykki liggja fyrir: 1) Að meðferðaraðili hafi leyfi til frekari öflunar upplýsinga frá tilvísanda sé þess þörf og 2) hafi barnið ekki náð 16 ára aldri séu forsjáraðilar barnsins samþykkir tilvísun, sbr. 26. gr. laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga. Foreldrar sem fara saman með forsjá barns skulu ávallt leitast við að hafa samráð áður en meðferð hefst.

Undirskrift

Dagsetning:

Undirskrift tilvísanda