

Samtykkeerklæring

Vedrørende børn og unge, der er henvist til Børne- og Ungdomspsykiatrien i Aalborg.

Denne erklæring vedrører (skriv navn og cpr-nummer):

--

I forbindelse med min kontakt med Børne- og Ungdomspsykiatrien, giver jeg tilladelse til:

☐ Undersøgelse og behandling af henviste person.

**Desuden giver jeg min tilladelse til, at der indhentes/udveksles relevante oplysninger hos/med følgende:
(Sæt kryds i de relevante felter og tilføj kontaktoplysninger)**

☐ Daginstitution/dagpleje

Kontakt:

☐ Nuværende skole/undervisningsinstitution.

Kontakt:

☐ Kommunen – Social- og sundhedsforvaltning, børne- og familieafdeling mv.

Kontakt:

☐ PPR – Pædagogisk Psykologisk Rådgivning

Kontakt:

☐ Tidligere behandlingsinstitutioner og/eller hospital

Kontakt:

☐ Den interne skole i Psykiatrien og relevante afsnit/ambulatorier i Børne- og Ungdomspsykiatrien

Kontakt:

☐ Egen læge – herunder at der sendes et udskrivningsbrev til lægen

Lægens navn og tlf.:
☐ Jeg giver min tilladelse til, at der kan sendes et udskrivningsbrev til henvisende instans
Henvisers navn og kontakinfo:

Supplerende oplysninger

Indehaver af forældremyndigheden: (Ved fælles forældremyndighed skal der foreligge oplysning om begge forældre)
Navn:
Adresse:
Tlf.:
Navn:
Adresse:
Tlf.:
Oplys, hvem der primært skal have kontakten til Børne- og Ungdomspsykiatrien. Navn:

Husk underskrift

Underskrifter
Dato:
Unge over 15 skal selv skrive under. Navn: Tlf. og adresse:
Forældre/værges underskrift. Ved fælles forældremyndighed skal begge forældre skrive under. Navn:
Navn: