



TILVÍSUN Í HEILSUSKÓLA BARNASPÍTALANS

Viðmið: Börn sem eru 2,5 staðalfrávik fyrir ofan meðalkúrfu BMI
eða mikil þyngdaraukning á stuttum tíma.

Göngudeild barna 20-E, Barnaspítali Hringins, v/Hringbraut, 101 Reykjavík

Dagsetning tilvísunar			
BARN / UNGLINGUR			
Nafn barns		Kennitala	
Heimilisfang	Póstnúmer	Sveitarfélag	
MÓÐIR / FORSJÁRAÐILI			
Nafn		Kennitala	Tengsl: <input type="checkbox"/> Líffr.móðir <input type="checkbox"/> Stjúp móðir
Heimili		GSM	<input type="checkbox"/> Fósturmóðir <input type="checkbox"/> Annað
Póstnr	Sveitarfélag	Heimasími	Netfang
FAÐIR / FORSJÁRAÐILI			
Nafn		Kennitala	Tengsl: <input type="checkbox"/> Líffr.faðir <input type="checkbox"/> Stjúpfaðir
Heimili		GSM	<input type="checkbox"/> Fósturfaðir <input type="checkbox"/> Annað
Póstnr	Sveitarfélag	Heimasími	Netfang
Heimilisfang þar sem barnið býr ef annað en það sem stendur að ofan:			
Heimilisfang	Sveitarfélag	Pnr	
UMÖNNUNARADSTÆÐUR OG FORSJÁ			
Barnið býr hjá; báðum foreldrum <input type="checkbox"/> móður <input type="checkbox"/> föður <input type="checkbox"/> fósturforeldrum <input type="checkbox"/> öðrum <input type="checkbox"/>			
Forsjá er hjá; báðum foreldrum <input type="checkbox"/> móður <input type="checkbox"/> föður <input type="checkbox"/> fósturforeldrum <input type="checkbox"/> öðrum <input type="checkbox"/>			
SYSTKIN / HÁLFSYSTKIN / AÐRIR			
Á barnið systkini? <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ekki	Aldur, kyn og þyngdarsstaða systkina, kjörþyngd/ ofþyngd/offita		
SKÓLI / LEIKSKÓLI (Fyllist út ef barnið er í leikskóla eða skóla)			
Nafn skóla/leikskóla			
Nafn tengslaðila í skóla/leikskóla			
Þörf á túlki: Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>			
Erlent foreldri, annað <input type="checkbox"/> bæði <input type="checkbox"/> Upprunaland			

ÁSTÆÐA TILVÍSUNAR:

Nánar um ástæðu tilvísunar

MÆLINGAR

Dagsetning

Hæð _____ Þyngd _____ BMI _____

NAUÐSYNLEGT AÐ VAXTARKÚRFÁ BARNNS FYLGI MEÐ TILVÍSUN**Upplýsingar um hegðunar- tilfinninga og/eða námserfiðleika ef til staðar eru:****Hefur fjölskyldan fengið aðstoð vegna þyngdar ef svo er hvaða?****Annað sem tilvísandi vill taka fram:**Tekur barnið inn einhver lyf að staðaldri? Já Nei. Ef já hvaða lyf?

Nafn heilsugæslulæknis / heilsugæslu (ef ekki tilvísandi)

Nafn tilvísanda

Starfsheiti

Vinnustaður

Sími

Netfang

Undirskrift tilvísanda_____
Undirskrift forsjáraðila_____
Undirskrift forsjáraðila