

BARN / UNGLINGUR SEM VÍSAÐ ER Á BUGL			
Nafn barns		Kennitala	
Heimilisfang	Póstnúmer	Sveitarfélag	
Heilsugæslustöð / heimilislæknir:			
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	VS	Netfang
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	VS	Netfang
<i>Heimilisfang þar sem barnið býr ef annað en það sem stendur að ofan:</i>			
Heimilisfang		Sveitarfélag	Pnr.
UMÖNNUNARAÐSTÆÐUR 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		Mikilvægar upplýsingar varðandi systkini	
SKÓLI / LEIKSKÓLI (Fyllist út ef barnið er í leikskóla eða skóla)			
Nafn skóla/leikskóla			
Nafn tengslaaðila í skóla/leikskóla			
Þörf á túlki: Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>			
Erlent foreldri, annað <input type="checkbox"/> bæði <input type="checkbox"/> Þjóðerni			

ÁSTÆÐA TILVÍSUNAR:	
Nánar um ástæðu tilvísunar	<p>Veldu mest 2 tilvísunarástæður frá hvorum lista (A og B) og settu þá mikilvægari fyrst. Skrifðu númerin í kassana</p> <p>A. Ástæða tilvísunar/barnið: <input type="checkbox"/> og <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alvarlegar áhyggjur af barni undir 6 ára 2. Grunur um einhverfurófsröskun 3. Grunur um mótþróa/hegðunarröskun 4. Grunur um ADHD 5. Grunur um Tourette heilkenni 6. Skólahöfnun 7. Grunur um kvíða 8. Grunur um árátu og þráhyggju 9. Grunur um átröskun * 10. Grunur um þunglyndi 11. Grunur um geðhvarfasýki 12. Viðvarandi og alvarlegur sjálfskaði 13. Grunur um geðrof 14. Grunur um alvarleg viðbrögð eftir áföll 15. Alvarleg geðræn einkenni vegna langvarandi líkamlegs sjúkdóms 16. Grunur um kynama (trans) 17. Annað
Staðan í dag	<p>*Ef grunur um átröskun þarf eftirfarandi að fylgja umsókn: Upplýsingar um hæð og þyngd, blæðingastopp hjá stúlkum, vaxtakúrfa barns/unglings, blóðprufur og hjartalínurit. Í blóðprufu þarf að skoða: Blóðstatus, NA, K, CL, kreatínin, Albumin, ASAT, ALP, Amylasi, TSH, F Gucosi, Ferritin, D-vítamín.</p> <p>B. Ástæða tilvísunar/umhverfi: <input type="checkbox"/> og <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Álagsþættir í fjölskyldu 2. Álagsþættir í nærumhverfi/samfélagi 3. Álagsþættir í skóla/leikskóla
Væntingar tilvísanda um aðkomu BUGL að málinu	
Þörf er á þjónustu: <input type="checkbox"/> Brátt <input type="checkbox"/> Í tímaröð	
FRUMGREINING HEFUR FARIÐ FRAM: Já <input type="checkbox"/> Dags <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Ef já, hverjar eru helstu greiningar?	
Fylgigögn, upplýsingar sem þegar hefur verið aflað:	
Sálfræðileg próf: <input type="checkbox"/> WISC IV <input type="checkbox"/> WPPSI <input type="checkbox"/> Önnur	
Frekari upplýsingar, s.s. um fjölskylduhagi og félagslega stöðu	
Skimunarlistar fyrir foreldra og kennara	
<input type="checkbox"/> ADHD kvarði <input type="checkbox"/> ASSQ <input type="checkbox"/> SDQ <input type="checkbox"/> Upplýsingablað frá kennara <input type="checkbox"/> Annað	
Ef annað þá hverjir?	

Aðrar athuganir / upplýsingar sem liggja fyrir

NÚVERANDI MEÐFERÐ / ÞJÓNUSTA: (Hvar er málið í vinnslu)

Heilsugæsla
 Sérfræðilæknisþjónusta
 Sálfræðiþjónusta

Félagsþjónusta
 Barnavernd
 Sveitarfélag

Iðjuþjálfun
 Sjúkraþjálfun
 Sérkennsla
 Annað

LYFJAMEÐFERÐ

FYRRI MEÐFERÐ / ÞJÓNUSTA: (þ.m.t. fyrri þjónusta á BUGL)

Frekari upplýsingar

MÁLASTJÓRI Í NÆRUMHVERFI (1. og 2. línu þjónusta)

Nafn

Sími

Vinnustaður

Netfang

Aðrir í teymi barns:

Nafn

Sími

Vinnustaður

Netfang

Nafn

Sími

Vinnustaður

Netfang

Forsjáraðilar **samþykkja tilvísun á BUGL** og gefa leyfi fyrir frekari öflun upplýsinga og heimila að BUGL sendi skilagerðir/niðurstöður til viðeigandi aðila. Sjá meðfylgjandi blað um heimild til öflunar upplýsinga frá forsjáraðilum sem **verður** að fylgja tilvísun. Ef um er að ræða tvo forsjáraðila þurfa báðir að vera samþykkir tilvísun en nægilegt að einn skrifi undir

Hefur sá/þau sem eru með forsjá barnsins samþykkt tilvísun?

Forsjáraðili Já Nei Forsjáraðili Já Nei

Ef sjúklingur hefur náð 16 ára aldri hefur viðkomandi samþykkt tilvísun? Já Nei

Nafn tilvísanda

Undirskrift læknis (ef ekki tilvísandi)

Starfsheiti

Vinnustaður

Sími

Netfang

_____ **Dagsetning og undirskrift tilvísanda**