

Geðheilsumiðstöð barna

Samþykkisyfirlýsing vegna þjónustu við börn og ungmenni



Vegna: _____
Nafn og kennitala barns/ungmennis

Forsjáraðili eða ungmenni samþykkir með undirritun sinni tilvísun til Geðheilsumiðstöðvar barna og beiðni um meðferð og/eða greiningu.

Með undirritun er jafnframt samþykkt heimild Geðheilsumiðstöðvar barna til að óska eftir nauðsynlegum gögnum um barnið/ungmennið frá skóla, heilsugæslu eða öðrum sérfræðingum í þeim tilgangi að unnt sé að veita umbeðna þjónustu, samanber tilvísun.

Ungmenni öðlast heilsusjálfræði við 16 ára aldur og því er undirritun forsjáraðila ekki krafa vegna þjónustu Geðheilsumiðstöðvar barna við ungmenni á aldrinum 16 til 18 ára.

Vinnsla persónuupplýsinganna fer fram í samræmi við lög nr. 90/2018 um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga, sjúkraskrárlög nr. 55/2009 og settra reglna á grundvelli þeirra. Um vinnslu persónuupplýsinga og réttindi skjólstæðinga HH, er vísað til persónuverndarstefnu á vef HH: heilsugaeslan.is/personuvernd/

Starfsmenn Geðheilsumiðstöðvar barna eru bundnir trúnaðar- og þagnarskyldu í samræmi við 12. gr. laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga og 17. gr. laga nr. 34/2012. Trúnaðar- og þagnarskylda þeirra helst þó þeir láti af störfum.

Undirritun ungmennis 16 til 18 ára

Undirritun forsjáraðila

Staðfest af tilvísanda:

Dagsetning

Undirritun tilvísanda

Sendið undirritaða samþykkisyfirlýsingu ásamt útfylltu tilvísunareyðublaði með öruggum hætti í gegnum Signet Transfer, hlekkur á síðu Geðheilsumiðstöðvar barna.

Ef það er ekki mögulegt, má senda í ábyrgðarpósti: Geðheilsumiðstöð barna - Inntökuteymi, Vegmúla 3, 108 Reykjavík