

Samtykkeerklæring

Vedr. børn og unge, der er henvist til Klinik Børn og Unge - børne- og ungdomspsykiatrien i Aalborg

Denne erklæring vedrører:

(skriv navn og cpr-nummer)

I forbindelse med min kontakt med Klinik Børn og Unge, Aalborg Universitetshospital - Psykiatrien, giver jeg min tilladelse til:

- Undersøgelse og behandling af henviste person.

Desuden giver jeg min tilladelse til, at der indhentes/udveksles for sagen relevante oplysninger hos/med følgende:

Sæt kryds i de relevante felter og tilføj kontaktoplysninger.

- Daginstitution / dagpleje**
Hvem kan kontaktes?

- Nuværende skole / undervisningsinstitution**
Hvem kan kontaktes?

- Kommunen** - Social- og sundhedsforvaltning, børne- og familieafdeling m.v.
Hvem kan kontaktes?

- PPR - Pædagogisk Psykologisk Rådgivning**
Hvem kan kontaktes?

- Tidligere behandlingsinstitutioner og/eller sygehus**

Hvem kan kontaktes?

- Den interne skole på psykiatrisk sygehus og relevante afsnit og ambulatorier i børne- og ungdomspsykiatrien**
-

- Egen læge – herunder at der sendes et udskrivningsbrev til lægen**

Oplys lægens navn og telefonnummer:

- Jeg giver min tilladelse til at der kan sendes et udskrivningsbrev til henvisende instans.**

Oplys navn og kontaktinformation vedr. henviser:

Supplerende oplysninger

Indehaver af forældremyndigheden:

(Ved fælles forældremyndighed skal der foreligge oplysning om begge forældre).

Navn: _____

Adresse: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Oplys, hvem der primært skal have kontakten til børne- og ungdomspsykiatrien:

Navn: _____

Husk underskrift

Skriv dato – erklæringen er gyldig i 1 år

Dato: _____

Unge over 15 år skal selv skrive under:

Navn: _____

Forældre/værges underskrift:

(Ved fælles forældremyndighed skal begge forældre skrive under).

Navn: _____

Navn: _____