

Dagsetning

**T I L V Í S U N**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nafn barns** | | **Kennitala** | | **Heimasími** |
| **Heimilisfang** | **Pnr.** | **Sveitarfélag** | |  |
| **Móðir** | | **Kennitala** | | **Vinnusími/Gsm** |
| **Faðir** | | **Kennitala** | | **Vinnusími/Gsm** |
| **Netfang móður** | | | **Netfang föður** | |
| **Heimilisfang móður** , **föður** , **ef annað**. **Pnr.** | | | **Sveitarfélag** | |
| **Barnið býr hjá**  Báðum foreldrum  Móður  Föður  Fósturforeldrum  Öðrum?  **Forsjá er hjá:**  Báðum foreldrum  Móður  Föður  Fósturforeldrum  Öðrum? | | | | |
| Erlent foreldri, annað  bæði  Upprunaland:       Þörf á túlki: Já  Nei  Þörf á sérstakri aðstoð vegna komu á Greiningarstöð: | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Heimilislæknir**  Staður: | Annar læknir: |
| **Skóli** |  |
| **Hegðunarlistar sem liggja fyrir** (óskað eftir úrvinnslugögnum)  ADHD  CBCL  TRF  ASSQ  SDQ  M-Chat  Annað: | |
| **Sálfræðipróf og þroskalistar sem liggja fyrir** (óskað eftir úrvinnslugögnum)  WISC  WPPSI  Bayley  Ísl. þroskalistinn  Smábarnalistinn  Aðrar athuguanir: | |
| **Aðrar athuganir sem þegar liggja fyrir**  Sálfræðimat  Heyrnapróf  Hreyfiþroskamat  Læknisrannsóknir  Sjónpróf  Mat á aðlögunarfærni  Málþroskamat  Annað: | |
| **Núverandi þjónusta**  Sjúkraþjálfun  Iðjuþjálfun  Talþjálfun  Sérkennsla  Félagsleg aðstoð  Annað: | |
| **Sjúkrahúslegur/alvarleg veikindi** | |
| **Frumgreining**  Þroskahömlun  Hreyfihömlun  Einhverfuröskun  Blinda/sjónsk.  Önnur, hver: | |
| **Markmið tilvísunar:** | |
| **Fylgigögn** | |
| **Frumgreining kynnt fyrir aðstandendum**  Já  Nei | |
| **Annað sem tilvísandi vill taka fram** | |
| **Tilvísandi, vinnustaður og starfsheiti, dagsetning, undirskrift** | |