



SÁÁ
Efstaleiti 7
103 Reykjavík
Sími: 530-7600
saa@saa.is
<https://www.saa.is>

Almenn umsókn í sálfræðiþjónustu barna

Vinsamlegast fyllið út öll atriði eftir bestu getu

Barn/unglingur sem vísað er í þjónustu

Nafn:

Kennitala:

Umsækjandi

Nafn:

Kennitala:

Sími:

Netfang:

Tengsl: Móðir Faðir Stjúpforeldri Fósturforeldri Önnur:

Tengiliður

Sami og umsækjandi

Við hvern á að hafa samband þegar barninu er boðið í viðtal?

Nafn:

Kennitala:

Sími:

Netfang:

Tengsl: Móðir Faðir Stjúpforeldri Fósturforeldri Önnur:

Umönnunaraðstæður og forsjá

Barnið býr hjá: Móður Föður Fósturforeldrum Öðrum:

Forsjá er hjá: Móður Föður Fósturforeldrum Öðrum:

Ástæða tilvísunar

Veit barnið af neysluvanda viðkomandi? Já Nei Veit ekki

Hefur barnið komið áður í sálfræðiþjónustu hjá SÁÁ? Já Nei Veit ekki

Tengsl aðstandanda í vímuefnavanda við barnið:

Stuttleg lýsing á ástæðu komu

Mat á stöðu og líðan barnsins

Að hve miklu leyti hefur barnið orðið vart við vímuefnavandann?

Veit ekki | Engu Litlu Miðlungs Miklu

Að hve miklu leyti hefur vímuefnavandinn haft áhrif á líðan barnsins?

Veit ekki | Engu Litlu Miðlungs Miklu

Að hve miklu leyti hefur verið rætt við barnið um vímuefnavandann?

Veit ekki | Engu Litlu Miðlungs Miklu

Staðfesting

Hafi barnið ekki náð 16 ára aldri skal umsækjandi tryggja að aðrir/báðir forsjáraðilar barnsins séu samþykkir tilvísun, sbr. 26. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga. Foreldrar sem fara saman með forsjá barns skulu ávallt leitast við að hafa samráð áður en meðferð hefst.

Undirskrift

Dagsetning:

Undirskrift umsækjanda