



Samtykkeerklæring vedrørende: (skriv navn og cpr-nummer)

I forbindelse med min kontakt med SALUS Børne- og ungdomspsykiatrisk Klinik giver jeg min tilladelse til undersøgelse og behandling af henviste ovennævnte 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:

Jeg giver min tilladelse til at undersøgelse må videooptages. (Efter gennemgang slettes denne)

Supplerende oplysninger

Indehaver af forældremyndigheden:

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

Navn: _____

Adresse: _____ Mobil: _____

Navn: _____

Adresse: _____ Mobil: _____

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

Navn + e-mail: _____

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: _____