



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 + klassetrin / institution - navn og mail samt telefonnummer til kontor:

---

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 inkl. diagnoser og anbefalinger til henvisende instans/forsikringselskab/bosted/kommune.

Oplys navn her:

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_