

Tilvísun til Sálfræðiþjónustu HSU

Dagsetning: _____

Nafn: _____

Kennitala: _____

Heimilisfang: _____

Sími: _____

Annað: _____

Tilvísandi

Nafn: _____ Vinnustaður: _____

Starfsheiti: _____ Sími: _____ Netfang: _____

Stutt lýsing á aðstæðum og ástæða tilvísunar:

Skóli/vinnustaður:

Fjölskylduaðstæður:

Upplýsingar um fyrri sálfræðiþjónustu hjá HSU eða öðrum aðilum:

Upplýsingar um greiningar ef við á:

Er tilvísun metin sem forgangur (t.d. alvarlegur vandi, sjálfskaðandi hegðun eða hugsun):
Mat á sjálfsvígshættu/sjálfskaða:



Fær umsækjandi þjónustu annars staðar frá, t.d. frá heilsugæslu, hjá öðrum meðferðaraðilum eða stofnunum (hvar, tengiliður):

Ef um barn/ungmenni er að ræða, hefur samþætt þjónusta í þágu farsældar barna verið virkjuð?

Annað sem tilvísandi telur rétt að komi fram:

Mögulegt/ekki nauðsynlegt er að leggja fyrir matslista og láta fylgja með tilvísun (PHQ-9 og GAD-7 fyrir 16 ára og eldri og RCADS fyrir yngri en 16 ára).

Sendið eyðublað í gegnum gagnagáttina á forsiðu HSU. Þegar innskráningu er lokið með rafrænum skilríkjum Heilbrigðisstofnun Suðurlands – Sálfræðiþjónusta eða í ábyrgðarpósti til:

***Sálfræðiþjónusta HSU
v. Árveg
800 Selfoss***