

## Beiðni um sérhæfða brjóstagjafaráðgjöf

*Beiðni skal útfyllt af tilvísanda og berast til brjóstagjafaráðgjafa\**

<b>Dagsetning beiðni:</b>		
<b>1. Nafn sjúklings (móður):</b>		<b>2. Kennitala:</b>
<b>3. Heimilisfang:</b>	<b>4. Póstnúmer:</b>	<b>5. Sveitarfélag:</b>
<b>6. Símanúmer:</b>	<b>7. Tölvupóstur:</b>	
<b>8. Fæðingardagur barns:</b>		

### Tilvísandi:

<b>7. Beiðni kemur frá:</b> <b>Ungbarnavernd heilsugæslunnar / heilbrigðisstofnun</b> <input type="checkbox"/> Ljós móður <input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingi <input type="checkbox"/> Lækni <b>Eða</b> <input type="checkbox"/> Sjálfstætt starfandi ljósmóður	
<b>8. Nafn tilvísanda:</b>	<b>9. Kennitala tilvísanda:</b>
<b>10. Stofnun/vinnustaður:</b>	

### 11. Undirskrift tilvísanda:

Tilvísandi staðfestir með undirskrift sinni að við alvarleg brjóstagjafarvandamál (svo sem sýkingar, erfið sár, sogvillu) er að etja eftir fæðingu og þörf er á sérstakri ráðgjöf frá sérmenntuðum brjóstagjafaráðgjafa, samkvæmt tilvísun frá ljósmóður, hjúkrunarfræðingi eða lækni í ungbarnavernd, þegar fyrsta stigs þjónusta dugar ekki til.

**\*Beiðnin er forsenda greiðslupátttöku Sjúkratrygginga og nauðsynlegt er að framvísa henni til brjóstagjafaráðgjafa. Á aðeins við um brjóstagjafaráðgjafa sem eru aðilar að rammasamningi Sjúkratrygginga og ljósmæðra vegna fæðinga og umönnunar sængurkvenna í heimahúsum.**