

Geðheilsumiðstöð barna

Samþykkisyfirlýsing vegna þjónustu í fjölskylduteymi 0-5 ára barna



Vegna: _____

Nafn og kennitala barns

Forsjáraðilar samþykkja með undirritun sinni tilvísun fjölskyldunnar í fjölskylduteymi 0-5 ára barna.

Með undirritun er jafnframt samþykkt heimild Geðheilsumiðstöðvar barna til að óska eftir nauðsynlegum gögnum um barnið frá heilsugæslu, leikskóla eða öðrum þjónustustofnunum í þeim tilgangi að unnt sé að veita markvissan stuðning í samræmi við lög nr. 86/2021 um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna.

Vinnsla persónuupplýsinganna fer fram í samræmi við lög nr. 90/2018 um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga, sjúkraskrárlög nr. 55/2009 og settra reglna á grundvelli þeirra. Um vinnslu persónuupplýsinga og réttindi skjólstæðinga HH, er vísað til persónuverndarstefnu á vef HH: heilsugaeslan.is/personuvernd/

Starfsmenn Geðheilsumiðstöðvar barna eru bundnir trúnaðar- og þagnarskyldu í samræmi við 12. gr. laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga og 17. gr. laga nr. 34/2012. Trúnaðar- og þagnarskylda þeirra helst þó þeir láti af störfum.

Undirritun forsjáraðila 1

Undirritun forsjáraðila 2

Staðfest af tilvísanda:

Dagsetning

Undirritun tilvísanda

Sendið undirritaða samþykkisyfirlýsingu ásamt útfylltu tilvísunareyðublaði með öruggum hætti í gegnum Signet Transfer, hlekkur á síðu Geðheilsumiðstöðvar barna.

Heimilt er að staðfesta samþykki með skriflegri undirritun eða rafrænni staðfestingu.

Ef það er ekki mögulegt, má senda í ábyrgðarpósti: Geðheilsumiðstöð barna - Inntökuteymi, Vegmúla 3, 108 Reykjavík