

Beiðni um sérhæfða brjóstagjafaráðgjöf

Beiðni skal útfyllt af tilvísanda
og berast til brjóstagjafaráðgjafa*

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

Tilvísandi:

9. Beiðni kemur frá: Ungbarnavernd heilsugæslunnar/Heilbrigðisstofnun <input type="checkbox"/> Ljós móður <input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingi <input type="checkbox"/> Lækni Eða <input type="checkbox"/> Sjálfstætt starfandi ljós móður	
10. Nafn tilvísanda:	11. Kennitala tilvísanda:
12. Stofnun/vinnustaður:	

13. Undirskrift tilvísanda:

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

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