

## Tilvísun til fjölskylduteymis

# TRÚNAÐARMÁL

Nr.: \_\_\_\_\_

### Tilvísun til Fjölskylduteymis

Nafn barns: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_

Skóli: \_\_\_\_\_

Umsjónarkennari: \_\_\_\_\_

Heimilislæknir barnsins og heilsugæsla: \_\_\_\_\_

Nafn móður: \_\_\_\_\_

Kt: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Tölvupóstfang: \_\_\_\_\_ Gsm: \_\_\_\_\_

Núverandi starf/staða: \_\_\_\_\_

Nafn föður: \_\_\_\_\_

Kt: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Tölvupóstfang: \_\_\_\_\_ Gsm: \_\_\_\_\_

Núverandi starf/staða: \_\_\_\_\_

Búa foreldrar barnsins saman? Já  Nei

Hjá hverjum býr barnið?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hver hefur forræði yfir barninu ?

- Báðir foreldrar                       Móðir
- Faðir                                       Fósturforeldrar
- Annar/aðrir: \_\_\_\_\_

Gegnir annað fólk miklu hlutverki í uppeldi barnsins?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Systkini barns og fæðingarár þeirra:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Uppruni ef annar en íslenskur:

Móðir: \_\_\_\_\_

Faðir: \_\_\_\_\_

Eru töluð önnur tungumál en íslenska á heimilinu?      Já       Nei

Ef svarið er já:

Hvaða tungumál? \_\_\_\_\_

Er þörf fyrir túlk?      Já       Nei

Hvaða trúarbrögð aðhyllist fjölskyldan ef einhver?

\_\_\_\_\_

Á barnið vin/vinkonu?      Já       Nei

\_\_\_\_\_

Hver eru áhugamál barnsins?

---

---

Sinnir barnið skipulögðum tómstundaverkefnum?

Íþróttum  Tónlist/lærir á hljóðfæri

Listgreinum

Öðru? Hverju? \_\_\_\_\_

**Ástæða tilvísunar.** Merkið aðalástæðu með 1, aðra ástæðu, heldur léttvægari, með 2 o.s.frv. eins og við á:

Ofvirkni/einbeitingarskortur

Depurð

Kvíði/fælni

Hegðunaryvandamál

Áhyggjur af líðan barnsins/vanlíðan

Fjarvera frá skóla

Námsörðugleikar

Mál/talörðugleikar

Sjón- eða heyrnarvandamál

Áfengis/eiturlyfjaneysla

Erfiðleikar við að fylgja reglum

Átraskanir

Dregur sig í hlé

Samskiptavandamál

Sjálfsvígshætta

Reiðiköst/ofsaköst

Breytt svefnmynstur

Áfall

Annað, hvað? \_\_\_\_\_

Hvað af ofanskráðu er meginvandi barnsins (lýsing):

---

---

Einkennist umhverfi barnsins af:

- Álagi á fjölskyldu barnsins
- Álagi í nánasta umhverfi barns annars staðar en í fjölskyldunni
- Álagi í skóla
- Alvarlegri lífsreynslu/áföllum
- Álagi á fjölskylduna vegna ástands barnsins/sjúkdóms barnsins
- Álagi á barn/fjölskyldu vegna sjúkdóma í fjölskyldunni. Hver er haldinn sjúkdómi?

Hvers konar álag?

---

---

---

Er einhver í fjölskyldunni sem notar eða hefur notað áfengi meira en góðu hófi gegnir? Já

Nei

Ef já: Hver og hvernig er notkunin?

---

---

Er einhver í fjölskyldunni sem notar vímuefni?

Já  Nei

Ef já: Hver og hvers konar neysla?

---

---

Er einhver í fjölskyldunni sem notar sterk verkjalyf, örvandi eða róandi lyf?

Já  Nei

Ef já: Hver og hvernig er notkunin?

---

---

Er einhver í fjölskyldunni með spilafíkn, háður tölvuleikjum eða netnotkun?

Já  Nei

Ef já: Hver og hvernig er notkunin?

---

---

Hefur einhver í fjölskyldunni farið í meðferð vegna áfengis-, vímuefnaneyslu eða spilafíknar?

Já  Nei  Hvenær síðast? \_\_\_\_\_

Hefur barnið orðið fyrir eða orðið vitni að ofbeldi á heimilinu?

Já  Nei

Nánari lýsing:

---

---

---

Telur þú að barnið hafi orðið fyrir kynferðislegri áreitni? Já  Nei

Er eitthvað fleira sem tengist vanda barnsins?

---

---

---

Hverjir hafa unnið með barnið eða komið að málum þess:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kennarar                      | <input type="checkbox"/> Sérkennari      | <input type="checkbox"/> Skólasálfræðingur     |
| <input type="checkbox"/> Skólahjúkrunarfræðingur       | <input type="checkbox"/> Skólalæknir     | <input type="checkbox"/> Heimilislæknir        |
| <input type="checkbox"/> Heilsugæsluhjúkrunarfræðingur | <input type="checkbox"/> Þjónustumiðstöð | <input type="checkbox"/> Barnageðlæknir        |
| <input type="checkbox"/> BUGL                          | <input type="checkbox"/> Barnavernd      | <input type="checkbox"/> Miðstöð heilsuv.barna |
| <input type="checkbox"/> Talmeinafræðingur             | <input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfari  | <input type="checkbox"/> Iðjuþjálfari          |
| <input type="checkbox"/> Aðrir? Hverjir?               |  |  |
- 
- 

Hvaða mat hefur farið fram/hvaða matstæki notuð:

Skimun/mat á vitsmunaproska og öðrum þroska:

- |   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Íslenski þroskalistinn/Smábarnalistinn | <input type="checkbox"/> AAL                | <input type="checkbox"/> TOLD |
| <input type="checkbox"/> WISC/WPPSI/Bayley                      | <input type="checkbox"/> Annað, hvað? _____ |                               |

Skimun/mat á hegðun og líðan:

- |   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ofvirkniþvarðinn   | <input type="checkbox"/> ASEBA (þ.m.t. CBCL) | <input type="checkbox"/> SDQ |
| <input type="checkbox"/> Annað, hvað? _____ |  |                              |

Læknisskoðanir:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Læknisskoðun hjá heimilislækni | <input type="checkbox"/> Læknisskoðun hjá öðrum sérfræðingi |
| <input type="checkbox"/> Annað, hvað? _____             |   |

Annað mat, hvað?

---

---

Hver óskar upphaflega eftir þjónustu Fjölskylduteymisins:

- Foreldri/ar eða forráðamaður       Kennarar
- Skólastjórnendur       Nemendarverndarráð
- Heilsugæslan       Barnavernd
- Þjónustumiðstöð
- Annar, hver? \_\_\_\_\_

Annað sem foreldrar/forráðmenn vilja taka fram:

---

---

Hvaða væntingar hafa foreldrar/forráðamenn til Fjölskylduteymisins:

---

---

Fylgiskjöl:

Fylgiskjal 1: Læknisskoðun

Fylgiskjal 2: Hjúkrunarskoðun

---

---

---

Dags og staður: \_\_\_\_\_

---

Undirskrift þess sem vísar

Senda skal tilvísun í gegnum **gagnagátt**: „Heilbrigðisstofnun Suðurlands“ Hópur: „Sjúkraskrárgögn“ [Sjá nánar](#)