

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 | ☐ Hegðunarvandamál |
| ☐ 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:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Kennarar | ☐ Sérkennari | ☐ Skólasálfræðingur |
| ☐ Skólahjúkrunarfræðingur | ☐ Skólalæknir | ☐ Heimilislæknir |
| ☐ Heilsugæsluhjúkrunarfræðingur | ☐ Þjónustumiðstöð | ☐ Barnageðlæknir |
| ☐ BUGL | ☐ Barnavernd | ☐ Miðstöð heilsuv.barna |
| ☐ Talmeinafræðingur | ☐ Sjúkraþjálfari | ☐ Iðjuþjálfari |
| ☐ Aðrir? Hverjir? | | |

Hvaða mat hefur farið fram/hvaða matstæki notuð:

Skimun/mat á vitsmunaprofka og öðrum þroska:

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| ☐ Íslenski þroskalistinn/Smábarnalistinn | ☐ AAL | ☐ TOLD |
| ☐ WISC/WPPSI/Bayley | ☐ Annað, hvað? _____ | |

Skimun/mat á hegðun og líðan:

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| ☐ Ofvirkniþvarðinn | ☐ ASEBA (þ.m.t. CBCL) | ☐ SDQ |
| ☐ Annað, hvað? _____ | | |

Læknisskoðanir:

- | | |
|---|---|
| ☐ Læknisskoðun hjá heimilislækni | ☐ Læknisskoðun hjá öðrum sérfræðingi |
| ☐ 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](#)