

Heilbrigðisstofnun Suðurlands  
v/Árveg, 800 Selfoss  
Sími. 480-5110, fax: 480 5101  
veffang: <http://www.hsu.is>

## Trúnaðarmál

### Tilvísun til Greiningarteymis barna

Móttekið			
Nafn	Kennitala		
Heimilisfang			
Póstnúmer	Staður		
Leikskóli/skóli			
Foreldrar/forráðamenn			
Heimasími	Vinnusími	Farsími	
<b>Tilvísun frá:</b>			
<input type="checkbox"/> Leikskóla	<input type="checkbox"/> Heilsugæslustöð	<input type="checkbox"/> Skóla	<input type="checkbox"/> Öðrum
<b>Ástæða tilvísunar (númerað eftir vægi, þar sem 1 hefur mesta vægi)</b>			
<input type="checkbox"/> Máltjáning	<input type="checkbox"/> Hegðunarvandkvæði		
<input type="checkbox"/> Málskilningur	<input type="checkbox"/> Líðan barnsins		
<input type="checkbox"/> Framburður	<input type="checkbox"/> Félagstengsl		
<input type="checkbox"/> Grunur um seinþroska	<input type="checkbox"/> Sjálfshjálp		
<input type="checkbox"/> Grófhreyfingar	<input type="checkbox"/> Einbeitingarskortur/ofvirkni		
<input type="checkbox"/> Fínhreyfingar	<input type="checkbox"/> Aðlögunarhæfileikar		
Annað _____			
Nánari lýsing á tilvísunarástæðum _____			
_____			

Dagsetning: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Foreldri/forráðamaður

\_\_\_\_\_  
Tilvísunaraðili

Afgreiðsla greiningarteymis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_