



LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Fyllið út rafrænt og sendið eintak með pósti.

Tilvísun til FMB teymis

Geðsvið, Kvenna- og barnasvið

Persónuupplýsingar

Nafn:

Kennitala:

Heimilisfang:

Póstfang:

Bæjarfélag:

Heimasími:

Gsm:

Vinnusími:

Netfang:

Aldur barns:

Lengd meðgöngu:

Annar ættingi s.s. annað foreldri:

Heimasími:

Gsm:

Vinnusími:

FMB teymi (Foreldrar - meðganga - barn)
Göngudeild geðsviðs
Kleppi
Sími: 543 4018

Dagsetning umsóknar:

Tilvísandi:

Sími:

Vinnustaður:

Starfsheiti:

Skimunarlistar: ☐ EPDS ☐ BDI ☐ BAI, Annað:

Ástæða tilvísunar:

Hvaða meðferðarúrræði hafa verið reynd?

Stutt geðsaga:

Fjölskylduaðstæður/tengslamyndun við barn:

Væntingar móður/foreldra:

Lyf:

Núverandi meðferð/þjónusta er í vinnslu hjá:

☐ Áhættumeðgöngu ☐ Heilsugæslu ☐ Sérfræðilæknisþjónustu ☐ Sálfræðiþjónustu ☐ Barnavernd ☐ Hjúkrunarþjónustu

☐ Velferðarþjónustu ☐ Iðjuþjálfun ☐ Öðrum (tilgreinið)

Er þörf á túlki: ☐ Já ☐ Nei

Hvar verður sérfræðiaðstoð framhaldið að lokinni þjónustu FMB?

Samantekt upplýsinga og gagna verða send áfram til: ☐ Tilvisanda ☐ Heimilislæknis ☐ Velferðarsviðs ☐ Barnaverndar

Annarra (tilgreinið)

Ég undirrituð/aður gef FMB teymi heimild til að afla gagna um mig og áframsenda samantekt til þeirra sem sjá um framhaldsmeðferð

.....