



Nafn og kt. barns: \_\_\_\_\_

### Heimild til að afla og veita upplýsingar vegna tilvísunar

Með undirskrift minni gef ég hér með Barna- og unglingageðdeild (BUGL) leyfi til að

- Afla nauðsynlegra gagna og/eða upplýsinga varðandi heilsufar, þroskastöðu og hegðun barnsins.  
(s.s. frá heilsugæslu, félagsþjónustu/þjónustumiðstöðvum, skóla/skólaskrifstofu og/eða öðrum sérfræðingum )

### OG

- Veita nauðsynlegar upplýsingar til þeirra sem koma að þjónustu við barnið vegna frávika í líðan, hegðun og þroska  
(s.s. heilsugæslu, félagsþjónustu/þjónustumiðstöðva, leikskóla/skóla og skólaskrifstofa)

---

### Samþykki foreldra/forsjáraðila um meðhöndlun gagna úr sjúkraskrá Barna-og unglingageðdeildar (BUGL) m.t.t. laga um persónuvernd á Íslandi.

BUGL mun senda gögn úr sjúkraskrá rafrænt í gegnum Heilsuveru/island.is til foreldra/forsjáraðila og í gegnum Signet Transfer til þeirra sem koma nú að þjónustu við barnið og/eða fylgja eftir meðferð (t.d. heilsugæsla, félagsþjónusta/þjónustumiðstöðvar, skólar/skólaskrifstofur og/eða aðrir sérfræðingar). Ef því verður ekki komið við skal það gert í almennum pósti með samþykki foreldra/forsjáraðila

- BUGL hefur leyfi til að senda gögn úr sjúkraskrá **í almennum pósti** til foreldra/forsjáraðila og þeirra sem koma nú að þjónustu við barnið og/eða fylgja eftir meðferð (t.d. heilsugæsla, félagsþjónusta/þjónustumiðstöðvar, skólar/skólaskrifstofur og/eða aðrir sérfræðingar)

### EÐA

- BUGL hefur **ekki** leyfi til að senda gögn úr sjúkraskrá **í almennum pósti** til foreldra/forsjáraðila og þeirra sem koma nú að þjónustu við barnið og/eða fylgja eftir meðferð (t.d. heilsugæsla, félagsþjónusta/þjónustumiðstöðvar, skólar/skólaskrifstofur og/eða aðrir sérfræðingar)

\_\_\_\_\_  
Staður og dagsetning

\_\_\_\_\_  
Undirskrift forsjáraðila

\_\_\_\_\_  
Undirskrift sjúklings ef 16 ára og eldri