**Specialrådgivningen ved PPR Svendborg og Ærø**

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: |  |
| Barnets navn: | Cpr.nr.: |
| Adresse: | Postnr.: |
| Forældres navne, adresse og cpr.nr.: | |
| Plejeforældres navne, adresse og cpr.nr. (hvis relevant): | |
| Er barnet / den unge to-sproget? – relevant information noteres her: | |
| Indstiller / rekvirent – navn, mail, tlf.: | |
| Tidligere indsatser – PPR, Social-/familieafdeling, Psykiatri, Somatik, Andet: | |
| Baggrund for ønsket om vurdering: | |
| Forældrekommentarer/-perspektiver i forbindelse med vurdering: | |
| Evt. bilag vedlagt: | |
| Underskrift forældre | Underskrift rekvirent |
| **Jeg/vi giver som forældre samtykke til:**  At PPR i forbindelse med udredningsindsatsen må anvende journaliseret materiale ved PPR Svendborg og Ærø. At PPR må anvende, dele og udveksle oplysninger med Socialafdelingen i Ærø Kommune samt må indhente relevante informationer på tværs af Børne- og Ungdomspsykiatrien samt Børnepædiatrien i Region Syddanmark. Endvidere gives der samtykke til at PPR kan kontakte praktiserende læge, såfremt dette måtte være relevant. Samtykke bortfalder efter 12 måneder. | |