

**Børne- & Ungdomspsykiatrisk
Klinik Himmerland**

Ved speciallæge Tina Heltborg Jacobsen



Barnets navn og CPRnr:

Forældres navn og adresse:

Forældremyndighed

fælles

mor

far

Henvisningsårsag:

Hvis barnet er tidligere psykologisk undersøgt, bedes kopi vedlagt.

Er forældrene bekendt med at der i klinikken er egenbetaling

ja

nej

Ønskes indkaldt til en førstegangssamtale, udfyldes nedenstående af forældremyndighedsindehaverne.

Henvisningen sendes til

Børne- og ungdomspsykiatrisk Klinik Himmerland /v. Tina H. Jacobsen

Mejlbyvej 60, 9610 Nørager

Der fremsendes herefter en tid til førstegangssamtale. Ved ønske om anden tid end den givne kontaktes klinikken pr mail.

Dato _____ Underskrift _____