Samtykke vedrørende navn og CPR-nummer:

Vi giver hermed tilladelse til at Børne- og ungdomspsykiater Morten Ørnstrup må følgende markeret med flueben:

\_\_ afholde samtaler efter faglig vurdering af børne og ungdomspsykiater Morten Ørnstrup og efter aftale med os som familie kan foregå via video link i google Meets udbudt af Danastar. Begge parter kan vurdere at samtalen skal foregå ved fremmøde, er almindelige afbudsregler gældende.

\_\_ kontakt barnets/den unges skole - navn og telefonnummer:

\_\_ Kontakte barnets/den unges kontakt i socialforvaltningen - navn og telefonnummer:

\_\_kontakte barnets/den unges kontakt hos PPR - navn og telefonnummer:

\_\_behandlingsplan, fortsat behandling og afslutningsnotat til egen læge

\_\_ andre

Mors underskrift og dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fars underskrift og dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patientens underskrift og dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_