

Beiðni um sérhæfða brjóstagjafaráðgjöf

Beiðni skal útfyllt af tilvísanda
og berast til brjóstagjafaráðgjafa*

Dagsetning beiðni:		
1. Nafn sjúklings:		2. Kennitala:
3. Heimilisfang:	4. Póstnúmer:	5. Sveitarfélag:
6. Fæðingardagur barns:		

Tilvísandi:

7. Beiðni kemur frá: Ungbarnavernd heilsugæslunnar <input type="checkbox"/> Ljós móður <input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingi <input type="checkbox"/> Lækni Eða <input type="checkbox"/> Sjálfstætt starfandi ljós móður	
8. Nafn tilvísanda:	9. Kennitala tilvísanda:
10. Stofnun/vinnustaður:	

11. Undirskrift tilvísanda:

Tilvísandi staðfestir með undirskrift sinni að við alvarleg brjóstagjafarvandamál (s.s. sýkingar, erfið sár, sogvillu) er að etja eftir fæðingu og þörf er á sérstakri ráðgjöf frá sérmenntuðum brjóstagjafaráðgjafa, samkvæmt tilvísun frá ljós móður, hjúkrunarfræðingi eða lækni í ungbarnavernd, þegar fyrsta stigs þjónusta dugar ekki til.

***Beiðnin er forsenda greiðsluþátttöku Sjúkratrygginga Íslands (SÍ) og nauðsynlegt er að framvísa henni til brjóstagjafaráðgjafa. Á aðeins við um brjóstagjafaráðgjafa sem eru aðilar að rammasamningi SÍ og ljósmæðra vegna fæðinga og umönnunar sængurkvenna í heimahúsum.**