Ansökan till Adhd-center

Barn/tonåring 3 - 17 år

Samtycken:

- **För att bekräfta att barnet tillhör Adhd-centers målgrupp, samtycker jag till att Adhd-centers personal tar del av <u>mitt barns patientjournal</u>:** ☐
  (Om samtycke inte lämnas måste kopia på utlåtandet som bekräftar diagnosen skickas tillsammans med ansökan)

- **För att få åtkomst till Adhd-centers kursbokning, samtycker jag till att mina personuppgifter sparas enligt GDPR i <u>Adhd-centers kursbokningssystem</u> under den tid barnet är inskrivet vid Adhd-center:** ☐
  Läs mer om dataskyddsförordningen (GDPR) på www.datainspektionen.se

Barn/tonåring

Namn	Personnummer

Diagnos: ☐ Adhd, kombinerad form
☐ Adhd, huvudsakligen ouppmärksam form (Add)
☐ Adhd UNS/Annan specificerad Adhd

<u>Vårdnadshavare 1</u>

Namn…….....Personnummer…….

Adress……Postnr……Ort……

Telefon …….

E-postadress *(Krävs för att få tillgång till Adhd-centers kursbokningssystem. Använd versaler och texta tydligt)*

Behöver du tolk? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilket språk?.....

Datum …… **Underskrift** …….....

<u>Vårdnadshavare 2</u>

Namn…….....Personnummer…….

Adress……Postnr……Ort……

Telefon …….

E-postadress *(Krävs för att få tillgång till Adhd-centers kursbokningssystem. Använd versaler och texta tydligt)*

Behöver du tolk? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilket språk?.....

Datum …… **Underskrift** …….....

Ansökan skickas till: **Adhd-center, Rosenlund**
Box 17056
104 62 Stockholm

I och med att ansökan inkommer sker registrering i Habilitering & Hälsas sekretessbelagda digitala journalsystem.

ADHD-center
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Postadress
Rosenlund
Box 17056
104 62 Stockholm

Besöksadress
Rosenlund
Tideliusgatan 12, bv

Telefon
08-123 355 30

E-post
adhd-center.slso@sll.se

Internet
www.habilitering.se
/adhd-center