**HENVISNING**

*Bedes udfyldt elektronisk eller med BLOKBOGSTAVER*

***Vær opmærksom på, at samtykkeerklæring vedr. e-Boks (s.3) skal udfyldes og medsendes henvisningen***

Undertegnede ønsker at gøre brug af Center for Autisme i forbindelse med

**Psykologisk funktionsudredning**

|  |
| --- |
| Navn på personen, der skal udredes: Cpr.nr.: |
| Adresse: |
| Tlf.:  E-mail: |
| Forældre eller nærmeste omsorgspersoner: |
| Adresse: |
| Tlf.:  E-mail: |
| **Hvis personen, der skal udredes, er myndig:**  Jeg er indforstået med, at udredningen finder sted: Personens egen underskrift |
| **Hvis personen, der skal udredes, ikke er myndig:**  Forældres eller værges cpr.nr.: Forældres eller værges underskrift |
| Formål med udredningen. Giv en kort beskrivelse af behov, problemer o.a. |
| Barnets/den voksnes dagtilbud/kontaktperson: |
| Tlf.:  E-mail: |
| ***Vigtigt*** *- For at kunne visitere, tilrettelægge og evt. fastsætte pris for udredningen bedes sammen med denne henvisning fremsendt alt relevant skriftligt materiale som fx hospitalspapirer, resultater af evt. tidligere undersøgelser, skoleudtalelser mv.* |
| **BETALINGSINSTANS: (SKAL UDFYLDES).** Fakturaen sendes til: |
| Navn: Afd.: |
| **EAN-lokationsnummer: Bruger-ID/Andet:** |
| Adresse: Postnr.: By: |
| Att. person (BLOKBOGSTAVER): |
| Tlf.: E-mail: |
| **Bevillingsdato: Underskrift af ansvarlig:**  **(jeg bekræfter samtidigt at have læst betalingsbetingelserne pr.1. januar 2019- se side 2)** |

**Priser og betalingsbetingelser pr. 1. januar 2019:**

**(der tages forbehold for prisstigninger)**

Psykologisk funktionsudredning: kr. 25.000-36.700

Forløb og pris for udredningen aftales individuelt, hvorefter endelig aftale fremsendes til underskrift.

Betalingsbetingelser er 14 dage fra fakturadato. Ved overskridelse beregnes renter 1½ % pr. påbegyndt måned samt rykkergebyr, kr. 100,-.

I tilfælde, hvor betalingsinstansen er privat, opkræves et acontobeløb på kr. 6.000,-, som skal være indbetalt senest én måned før udredningsdatoen.

Når dette skema er udfyldt og ***underskrevet*** af betalingsinstansen, sendes det via sikker e-mail: [sikkermail@centerforautisme.dk](mailto:sikkermail@centerforautisme.dk) eller fax: 44 98 23 53 eller almindelig post til Center for Autisme, Herlev Hovedgade 199, 2730 Herlev



SAMTYKKEERKLÆRING

Efter ikrafttrædelsen af den nye lovpligtige persondataforordning er det nødvendigt, at du er tilmeldt e-Boks for at kunne modtage elektronisk post fra Center for Autisme.

Er du tilmeldt e-Boks/vil du tilmelde dig e-Boks JA\_\_\_\_ NEJ\_\_\_

Hvis du ikke er tilmeldt e-Boks kan du gøre det på [www.e-boks.dk](http://www.e-boks.dk) ved brug af NemID

Når du er tilmeldt e-Boks får du automatisk en e-mail på den mailadresse du har angivet, når der er post til dig i e-Boks.

Vi opfordrer dig derudover til at tilmelde dig NemSMS således at du også får en SMS når der er post til dig i e-Boks.

Du kan tjekke om du er tilmeldt NemSMS eller tilmelde dig således:

* Log ind på e-Boks
* Vælg Menu øverst til højre
* Under Indstillinger vælg Profil
* Udfyld telefonnummer, hvis det ikke allerede står der, klik OK
* Under Tilmeldinger vælg NemSMS

Jeg bekræfter ved underskrift på denne erklæring, at jeg giver samtykke til at Center for Autisme (CfA) under mit forløb må sende materiale til mig via min e-Boks, og at jeg er bekendt med, at jeg kan læse mere om persondataloven på [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk).

Vi gør samtidig opmærksom på, at vi i henhold til Psykologloven pr. 1. juli 2017 skal opbevare oplysninger i mindst 5 år.

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | CPR nr.: |
| Dato og underskrift: | |