

Suostumus konsultaatioon	Annan suostumukseni, että Hämeenlinnan sairaalakoulun (Ahvenistonharjun koulu) konsultoiva erityisopettaja tekee yhteistyötä ja vaihtaa tarpeellisia tietoja koulunkäynnin tuen järjestämiseksi lomakkeessa nimetyn oppilaan opettajien ja oppilashuollon henkilöstön, sekä hoito- ja yhteistyötahojen kanssa. Tarvittaessa konsultoiva erityisopettaja osallistuu yksilökohtaisen oppilashuollon verkostopalaveriin sekä muihin tarvittaviin palaveriin. Päivämäärä ____ . ____ .20 ____	
Suostumus tutkimukseen osallistumisesta	Sairaalakoulujen konsultoiva erityisopetus on osa Opetus- ja kulttuuriministeriön hanketta. Hankkeen kautta tapahtuva konsultaatio dokumentoidaan ilman minkäänlaisia tutkittavien tunnistetietoja (nimi, sukupuoli, paikkakunta) kansallista tutkimusta varten. Tutkimus kartoittaa konsultoinnin vaikuttavuutta ja luo pohjaa valtakunnallisen konsultaatiomallin kehittämiseksi. ____ Annan/annamme suostumuksen tutkimukseen osallistumiselle.	
Oppilaan tiedot	Nimi	
	Luokka	Syntymäaika
Huoltaja(t)	Nimi	
	Puhelinnumero	Sähköpostiosoite
	Osoite	
	Allekirjoitus ja nimenselvennys	
	Nimi	
	Puhelinnumero	Sähköpostiosoite
	Osoite	
	Allekirjoitus ja nimenselvennys	
Koulu	Koulu	Luokka
	Opettaja/erityisopettaja	Puhelinnumero
	Sähköpostiosoite	
	Muu yhteyshenkilö koulussa, esim. psykologi/kuraattori/terveydenhoitaja	
	Sähköpostiosoite	
Oppilaan hoito- ja muut yhteistyötahot	Hoitotaho: lasten- ja nuortenpsykiatria/muu, mikä?	
	Yhteyshenkilö(t)/yhteystiedot	
	Muu yhteistyötaho: lastensuojelu/muu, mikä?	
	Yhteyshenkilö(t)/yhteystiedot	