**Henvisningsskema til Børneterapien (sundhedsplejen@albertslund.dk)**

**for småbørn 0-1 år i Albertslund Kommune**

***brug F11 for at skifte linje* Dato**

|  |  |
| --- | --- |
| **Barnets navn** | **Cpr.nr.** |
| **Adresse** | |
| **Postnr. og by** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mors navn** | **Telefon** |
| **Adresse** | |
| **E-mail** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fars navn** | **Telefon** |
| **Adresse** | |
| **E-mail** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sundhedsplejerske** | |
| **Behov for tolk** | **Hvilket sprog** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Årsag til henvisningen – der ønskes hjælp til** *(brug F11 for at sætte X)* | |
| **grovmotorik**  **kropslig asymmetri**  **skævt kranie**  **finmotorik** | **sansning**  **søvn**  **amning**  **spisning** |
| **Hvad skal barnet blive bedre til?** | |
| **Hvad er der prøvet for at afhjælpe barnets udfordringer?** | |

|  |
| --- |
| **Forældre giver hermed tilladelse til, at der må udveksles relevante oplysninger om barnet samt optages video i forbindelse med undersøgelsen**  **Ja**  **Nej** |

**Hvis henvisningen sendes fra private institutioner eller privat mail, må kun barnets fødselsdato og IKKE hele cpr.nr. skrives i henvisningsskemaet.**

**Barnets aktuelle udvikling (udfyldes af forældre og sundhedsplejerske)**

***brug F11 for at skifte linje***

|  |  |
| --- | --- |
| **Var der specielle problemer under graviditeten?** |  |
| **Var der komplikationer under selve fødslen?**  **Hvis ja, hvilke** |  |
| **I hvilken graviditetsuge blev barnet født?** |  |
| **Barnets vægt ved fødslen?** |  |
| **Havde dit barn svært ved at lære at sutte?** |  |
| **Nyder dit barn at være i arm?** |  |
| **Er dit barn mere pylret end jævnaldrende over for berøring, smerte eller fedtede materialer?** |  |
| **Er dit barn mere ufølsomt end jævnaldrende over for berøring, temperatur og smerte?** |  |
| **Er dit barn meget stille?** |  |
| **Græder dit barn mere end jævnaldrende?** |  |
| **Er dit barn meget uroligt?** |  |
| **Sover dit barn mindre end andre børn?** |  |
| **Sover dit barn mere end andre børn?** |  |
| **Kan dit barn lide at have øjenkontakt med dig?** |  |
| **Er dit barn mere lysfølsomt end andre jævnaldrende?** |  |
| **Er dit barn mere lydfølsomt end andre jævnaldrende?** |  |
| **Pludrer dit barn?** |  |
| **Har dit barn problemer med ørerne?** |  |
| **Kan dit barn lide at ligge på maven?** |  |
| **Er dit barn begyndt at sidde selvstændig?**  **I hvilken alder?** |  |
| **Kan dit barn lide at trille?** |  |
| **Er dit barn begyndt at kravle?**  **I hvilken alder?** |  |
| **Kan dit barn lide at kravle?** |  |
| **Er dit barn begyndt at gå?**  **I hvilken alder?** |  |
| **Putter dit barn legetøj i munden?** |  |
| **Putter dit barn mad i munden?** |  |
| **Har dit barn været indlagt på sygehus?**  **Hvis ja, hvornår og af hvilken årsag?** |  |
| **Går dit barn til kontrol på et sygehus/speciallæge?**  **Hvis ja, hvor og af hvilken årsag?** |  |
| **Har dit barn tidligere modtaget fysio- eller ergoterapi?** |  |
| **Har dit barn været udsat for ulykker eller skader?** |  |

Skemaet ***skal*** udfyldes elektronisk og sendes til Sundhedsplejen på

[sundhedsplejen@albertslund.dk](mailto:sundhedsplejen@albertslund.dk)