**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