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

**for skolebørn 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**      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Skolens navn**      | **Klasse**      | **Antal elever i klasse**      |
| **Kontaktlærer**      | **Kontaktlærer telefon/mail**      |
| **Motoriklærer**      | **Skolesundhedsplejerske** |
| **Evt. sagsbehandler**      | **Andre** |
| **Er barnet kendt af PPR****Ja** [ ]  **Nej** [ ] **Hvis ja, må vi indhente relevante oplysninger derfra**      |
| **Barnets faglige niveau i dansk og matematik**      |
| **Evt. diagnose** |
| **Behov for tolk**  | **Hvilket sprog** |

|  |
| --- |
| **Baggrunden for henvisningen er vanskeligheder vedrørende** *(klik i felterne for at sætte X)* |
| [ ]  **grovmotorik** [ ]  **finmotorik**[ ]  **mundmotorik** | [ ]  **sansning** [ ]  **daglige færdigheder**[ ]  **opmærksomhed** |
| **Andet**      |

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

**Barnets tidlige udvikling (udfyldes af forældre)**

***Besvar venligst de spørgsmål, der er relevante for barnet - 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?** |       |
| **Nød dit barn at være i arm som spæd?** |       |
| **Var dit barn meget stille?** |       |
| **Var dit barn meget uroligt?** |       |
| **Græd dit barn mere end andre børn?** |       |
| **Sov dit barn som spæd mindre end andre børn?** |       |
| **Sov dit barn som spæd mere end andre børn?** |       |
| **Kunne dit barn som spæd lide at have øjenkontakt med dig?** |       |
| **Pludrede dit barn som spæd?** |       |
| **Har dit barn haft problemer med ørerne?** |       |
| **Har dig barn haft problemer med synet? Hvordan?** |       |
| **Kunne dit barn lide at ligge på maven?** |       |
| **Kunne dit barn lide at trille?** |       |
| **I hvilken alder begyndte dit barn at sidde selvstændigt?** |       |
| **I hvilken alder begyndte dit barn at kravle?** |       |
| **I hvilken alder begyndte dit barn at gå?** |       |
| **Har dit barn lært at cykle?** **I hvilken alder?** |            |
| **Har dit barns taleudvikling været forsinket?** |       |
| **Har dit barn været i kontakt med talepædagog?** |       |
| **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 haft søvnproblemer?****Hvis ja, hvilke?** |            |
| **Har dit barn været udsat for ulykker eller skader?** |       |

**Barnets aktuelle udvikling (udfyldes af forældre og lærer/pædagog)**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nej** | **Kommentarer** |
| **Barnet virker kropsligt mere stift** [ ] **, slap** **og blød** [ ]  **eller kropsligt specielt?** [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Barnet bruger sig selv alderssvarende grovmotorisk?****(fx gynger, rutsjer, klatrer og tumler)** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Barnet bruger sig selv alderssvarende finmotorisk?****(fx klippe, tegne, klodser, perler)** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Barnet falder mere** [ ] **, vælter og støder** **ind i ting** [ ]  **mere end andre jævnaldrende børn?** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Barnet er mere ”pylret” end jævnaldrende over for berøring, smerte eller fedtede materialer?** | [ ]  | [ ]  | **Hvis ja i hvilke situationer?**      |
| **Barnet er mere ufølsomt end jævnaldrende over for berøring, temperatur og smerte?** | [ ]  | [ ]  | **Hvis ja i hvilke situationer?**      |
| **Barnet er mere lysfølsomt end andre børn?** | [ ]  | [ ]  | **Hvis ja i hvilke situationer?**      |
| **Barnet er mere lydfølsomt end andre børn?** | [ ]  | [ ]  | **Hvis ja i hvilke situationer?**      |
| **Barnet råber mere end andre børn?** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Barnet har svært ved kollektiv besked og højtlæsning?** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Barnet er alderssvarende ved af- og** **påklædning?** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Barnet er alderssvarende i spisesituationen?** | [ ]  | [ ]  | **Hvis nej hvordan?**      |
| **Barnet virker upraktisk, fummelfingret og er typisk tilbageholdende ved nye aktiviteter?** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Barnet virker generelt mere forvirret** [ ] **,** **uroligt** [ ]  **eller ukoncentreret** [ ]  **end andre børn?** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Barnet virker mere stille** [ ]  **eller mere** **forsigtigt** [ ]  **end andre børn?** | [ ]  | [ ]  |       |
| **Har barnet søvnvanskeligheder?** | [ ]  | [ ]  | **Hvis ja, hvilke?**      |
| **Hvad er barnet god til? (skal udfyldes)**      |
| **Hvad opfatter du/I som barnets hovedproblem? (skal udfyldes)**      |
| **Hvad er der prøvet for at afhjælpe barnets vanskeligheder? (skal udfyldes)**      |
| **Hvad vil du/I gerne at barnet bliver bedre til som resultat af henvisning til undersøgelse? (skal udfyldes)*****(Beskriv så konkret som muligt i forhold til hverdagsaktiviteter)***      |
| **Forældre giver hermed tilladelse til, at der må udveksles relevante oplysninger om barnet samt optages video i forbindelse med undersøgelsen****Ja** [ ]  **Nej** [ ]  |

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

sundhedsplejen@albertslund.dk