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

**for småbørn 1-3 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** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vuggestuens navn** | | **Stue og kontaktpædagog** |
| **E-mail til kontaktpædagog** | | **Telefon** |
| **Sundhedsplejerske** | | |
| **Er barnet kendt af PPR**  **Ja**  **Nej**  **Hvis ja, må vi indhente relevante oplysninger derfra?** | | |
| **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)**

***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 dit barn haft problemer med synet? Hvordan?** |  |
| **Kunne dit barn lide at ligge på maven?** |  |
| **Kan dit barn lide at trille?** |  |
| **Er dit barn begyndt at sidde selvstændigt?**  **I hvilken alder?** |  |
| **Er dit barn begyndt at kravle?**  **I hvilken alder?** |  |
| **Er dit barn begyndt at gå?**  **I hvilken alder?** |  |
| **Er dit barns taleudvikling forsinket?** |  |
| **Er dit barn 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 været udsat for ulykker eller skader?** |  |

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

***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 triller, maveliggende, kravler, går)** |  |  |  |
| **Barnet bruger sig selv alderssvarende finmotorisk?**  **(fx spise, pincetgreb, klodser)** |  |  |  |
| **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 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](mailto:sundhedsplejen@albertslund.dk)