Henvisningsskema til børneterapien (Småbørn 1-3 år)

**Stamoplysninger**

|  |
| --- |
| Barnets personnummer |
| Barnets fulde navn |
| Barnets folkeregister adresse  |

**Helbredsoplysninger**

|  |
| --- |
| Evt diagnose |
| Går barnet til kontrol på et sygehus/speciallæge? Angiv hvor og af hvilken årsag? |
| Har dit barn tidligere modtaget fysio- eller ergoterapi? |
| Andre oplysninger |
| Er barnet kendt af psykolog, pædagogisk vejleder eller logopæd? |

**Deling af oplysninger**

|  |  |
| --- | --- |
| Forældre giver hermed samtykke til, at der må udveksles relevante oplysninger med: | Sæt kryds |
|

|  |
| --- |
| * Dagplejer eller pædagog
 |
| * Sundhedsplejerske
 |
| * Familiehuset
 |
| * Udviklingsenheden Læring & Trivsel (PPR, psykolog)
 |
| * Udviklingsenheden Sprog & Pædagogik (pædagogisk vejleder og logopæd)
 |
| * Egen læge/hospital
 |

Forældre giver hermed tilladelse til, at der må optages video i forbindelse med undersøgelsen |  |

**Kontaktpersoner**

|  |
| --- |
| Behov for tolk? Hvis ja hvilket sprog |
| Navn på sundhedsplejeske |

**Vuggestue/dagpleje**

|  |
| --- |
| Vuggestuen/Dagplejers navn |
| Stue og kontaktpædagog (udfyld kun ved vuggestue) |
| Vuggestue eller dagplejers e-mail |
| Vuggestue eller dagplejers telefonnummer |

**Årsag til henvisning**

|  |  |
| --- | --- |
| Hvad ønskes der hjælp til? | Sæt kryds |
|

|  |
| --- |
|  Grovmotorik |
|  Kropslig asymmetri (favoritside eller C-form) |
|  Skævt kranie |
|  Finmotorik |
|  Sansning |
|  Søvn |
|  Spisning |

 |  |

Hvad skal barnet blive bedre til?

Hvad er der prøvet for at afhjælpe barnets udfordringer og hvilken effekt har det haft?

**Barnets tidlige udvikling**

|  |
| --- |
| Var der specielle problemer under graviditeten? |
| Var der komplikationer under selve fødslen? |
| I hvilken graviditetsuge blev barnet født? |
| Barnets vægt ved fødslen? |
| Havde barnet svært ved at lære at sutte? |
| Nød barnet at være i arm som spæd? |
| Er barnet mere følsomt end jævnaldrende over for berøring, smerte eller fedtede fingre? |
| Var barnet meget stille eller uroligt? |
| Kunne barnet som spæd lide at have øjenkontakt med dig? |
| Har barnet haft problemer med ørerne? |
| Pludrede barnet som spæd? |
| Har barnet haft problemer med synet? Hvordan? |
| Kunne barnet lide at ligge på maven? |
| I hvilken alder begyndte barnet at sidde selvstændigt? |
| Er barnet begyndt at kravle? I hvilken alder? |
| Er barnet begyndt at gå? I hvilken alder? |
| Er barnet taleudvikling forsinket? Er der kontakt med talepædagog? |

**Barnets aktuelle udvikling**

|  |
| --- |
| Barnet virker kropsligt mere: |
|  Stift |
|  Slap og blød |
| Kommentarer |
| Barnet bruger sig selv alderssvarende grovmotorisk?  |
|  Ja |
|  Nej |
| Kommentarer |
| Barnet bruger sig selv alderssvarende finmotorisk?  |
|  Ja |
|  Nej |
| Kommentarer |
| Barnet falder mere, vælter og støder ind i ting mere end andre jævnaldrende børn? |
|  Ja |
|  Nej |
| Kommentarer |
| Barnet er mere følsomt end jævnaldrende over for berøring, smerte eller fedtede fingre? |
|  Ja |
|  Nej |
| Hvis ja, i hvilke situationer? |
| Barnet er mere lysfølsomt eller lydfølsomt end andre børn? |
|  Lysfølsomt |
|  Lydfølsomt |
|  Nej |
| I hvilke situationer |
| Barnet råber mere end andre børn? |
|  Ja |
|  Nej |
| Kommentarer |
| Barnet er alderssvarende ved af- og påklædning? |
|  Ja |
|  Nej |
| Kommentarer |
| Barnet er alderssvarende i spisesituationen? |
|  Ja |
|  Nej |
| Hvis nej, hvordan? |
| Barnet virker generelt mere forvirret, uroligt eller ukoncentreret end andre børn? |
|  Ja |
|  Nej |
| Barnet virker mere stille eller mere forsigtigt end andre børn? |
|  Ja |
|  Nej |
| Kommentarer |
| Har barnet søvnvanskeligheder? |
|  Ja |
|  Nej |

**Barnets aktuelle udvikling**

Hvad er barnet god til?

Hvad opfatter du/I som barnets hovedproblem relateret til denne henvisning?

Hvad er der prøvet for at afhjælpe barnets vanskeligheder og hvad var effekten?

Hvad vil du/I gerne have at barnet bliver bedre til som resultat af henvisning til undersøgelse i børneterapien?