**Henvisningsskema til Børneergoterapeut**

**For børn med udfordringer med spisning og mundmotorik, Albertslund Kommune**

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

**Dato**

|  |  |
| --- | --- |
| **Institutionens navn**  | **Kontaktdagplejer/pædagog/lærer** |
| **E-mail til kontaktdagplejer/pædagog/lærer** | **Telefon** |
| **Tale-hørekonsulent** |
| **Er barnet kendt af PPR, herunder logopæd.****Ja** [ ]  **Nej** [ ] **Hvis ja, må vi indhente relevante oplysninger derfra?** |
| **Behov for tolk** | **Hvilket sprog** |

|  |
| --- |
|  |
| **Forældre giver hermed samtykke til, at der må udveksles relevante oplysninger med:** *(sæt X’er i felterne)*[ ]  **Dagplejer eller pædagog**[ ]  **Sundhedsplejerske**[ ]  **Familiehuset**[ ]  **Udviklingsenheden Læring & Trivsel (PPR, psykolog)** [ ]  **Udviklingsenheden Sprog & Pædagogik (pædagogisk vejleder og logopæd)**[ ]  **Egen læge/ hospital** **Samtykket kan til en hver tid trækkes tilbage ved at skrive til sundhedsplejen@albertslund.dk**  |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Var der specielle problemer under graviditeten?** |  |
| **I hvilken graviditetsuge blev barnet født?** |  |
| **Blev/ bliver dit barn ammet eller får flaske?****(hvordan var opstarten)** |  |
| **Hvordan var overgangen til grød og videre til faste konsistensen?** |  |
| **Bruger barnet sut/ tommelfinger?** |  |
| **Savler barnet? I hvilke situationer?** |  |
| **Har dit barn haft problemer med ørerne eller/og fået fjernet mandler og polypper?** |  |
| **Er dit barns taleudvikling forsinket?** |  |
| **Er dit barn slapt i kroppen?** |  |
| **Har dit barn svært ved at få beskidte fingre, røre ved sand, creme eller bare tær på græs?** |  |
| **Går dit barn til kontrol på et sygehus/speciallæge?****Hvis ja, hvor og af hvilken årsag?** |  |
| **Har dit barn tidligere modtaget fysio- eller ergoterapi?** |  |

|  |
| --- |
| **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