
Oplysningsskema til børneterapeuterne (forældre)

Barnets navn:

Barnets cpr. nummer:

Mor:

Tlf. nummer:

Far:

Tlf. nummer:

Mail adresse:

Institutionens/Skolens navn:

Stue/Klasse:

Kontaktperson:

Direkte tlf. nummer:

I hvilke konkrete situationer oplever I barnets udfordringer:

Hvilke tiltag har I forsøgt:

Foreligger der en diagnose(r) på barnet?

Ja

Nej

Hvis ja, hvilke(n):

Er/har barnet eller familien været tilknyttet andre instanser i kommunen? Ja Nej

Hvis ja, hvilke(n):

- Børne-unge team/Inddragende netværksmøde (søvn, kost, motorik, rutiner, opmærksomhed)
- Børnehandicap
- Familierådgivning (råd og vejledningsteamet)
- Tale-/høre-pædagog
- Psykolog
- Yderligere tiltag fra Sundhedsplejersken
- Andre:

Hvis ja, hvornår og hvilket tiltag har været igangsat og med hvilken effekt?

Er/har barnet været i kontakt med øvrige parter? Ja Nej

- Egen læge
- Speciallæge (øjenlæge, optometrist, øre-/næse-/ halslæge)?

Hvis ja, hvilken:

- Hospital (f.eks. neuropædiater, ortopædkirurg)
- Kiropraktor
- Andre sundhedsfaglige?

Hvis ja, hvornår og hvad er/var deres vurdering: