

---

## Tværfagligt oplysningskema til børneterapeuterne (personale)

---

Barnets navn:

Barnets cpr. nummer:

Mor:

Tlf. nummer:

Far:

Tlf. nummer:

Mail adresse:

---

Institutionens/Skolens navn:

Stue/Klasse:

Kontaktperson:

Direkte tlf. nummer:

---

**Beskriv i hvilke konkrete situationer i oplever barnets udfordringer:**

**Hvilke pædagogiske tiltag har I forsøgt for at imødekomme barnets udfordringer:**

**Hvilken effekt har de pædagogiske tiltag haft:**

Har du sparet med en kollega om barnets udfordringer:

Har du talt med din leder om barnets udfordringer:

---

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-/hørepedagog

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 (øjelæge, optometrist, øre-/næse-/ halslæge)?

Hvis ja, hvilken:

Hospital (f.eks. neuropædiater, ortopædkirurg)

Kiropraktor

Andre sundhedsfaglige?

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

---

Dato:

Underskrift, forældre:

Dato:

Underskrift, leder (evt. institution):