Indstillingsskema til psykolog, tale/høre-konsulent, fysioterapeut, ergoterapeut og læsekonsulent i forvaltningen Børn og Familie

|  |
| --- |
| Dato for modtagelse:       |
| Indstillerens navn: |
| Indstillerens e-mail: |
| Indstillerens tlf. nr.  |
| Indstillerens arbejdsplads:  |
|  |
| Barnets fulde navn:       | CPR-nr.       |
| Adresse:       |
| Moders navn:       |  | Tlf. priv.      E-mail:       |
| Adresse:       | Tlf. arb.       |
| Faders navn:       |  | Tlf. priv.      E-mail:       |
| Adresse:       | Tlf. arb.       |
| Hvem har forældremyndigheden? **(skal udfyldes)** | Mor [ ]  | Far [ ]  | Begge forældre [ ]  |
| Hvis barnet er to-sproget,hvilket sprog taler barnet?      Er der behov for tolkebistand? Ja [ ]  Nej [ ]  | Passes:Ude: [ ]  |  Hjemme: [ ]  |
| Dagtilbud/skole/SFO:Klasse/Gruppe:       | Dagpleje:(Adresse)       |  |
| Lærerteam/personale på gruppen(navn og telefonnummer):       |
| Har der været afholdt konsultative møder med fagpersoner? (Referat kan medsendes) |

|  |  |
| --- | --- |
| Forældrene har givet samtykke til denne indstilling.Dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Vær opmærksom på, at indstillingen behandles* **ikke**, *hvis feltet ikke er udfyldt.* | Ja Nej  |

|  |
| --- |
| Indstillingen er foranlediget af: |
| **[ ]** Skole | **[ ]** Sundhedspleje | **[ ]** Forældre | **[ ]** Dagtilbud |
| **[ ]** Dagpleje | [ ] Barn  |  Andre |
| Hvilken type aktør tænkes involveret: |
| **[ ]** Psykolog | **[ ]** Tale- og hørekonsulent |  |
| **[ ]**  Læsekonsulent |  Fysio- og ergoterapeut | [ ]  Tværfaglig opgave |

|  |
| --- |
| **Udfordringen** |

|  |
| --- |
| **Hvad giver anledning til indstillingen?** |
|

|  |
| --- |
| Indstillingen er indsendt på baggrund af kolonne \_\_\_\_\_\_ i børnelinealen  |
| Er der tværfaglige udfordringer Ja Nej Hvilke?: |

 |
| **Uddybning og konkretisering af udfordringen** |
| I hvilke situationer opleves udfordringen? Hvordan påvirker udfordringen barnet i dagligdagen? Beskriv barnets humør, følelser, evner og egenskaber, kommunikation og socialt samspil med børn og voksne, faglige ståsted(skole), samt opretholdende faktorer. Hvad er årsag til, at der nu indstilles? |

|  |
| --- |
| **Barnets styrkeområder og interesser** |
| Hvad er barnet god til? Hvad kan barnet lide at beskæftige sig med? Hvad er barnet interesseret i?      |

|  |
| --- |
| **Beskrivelse af barnets opvækst** |

|  |
| --- |
| Kort beskrivelse af barnets opvækst og familierelationer/andre relationer. Har der i opvæksten været særlige begivenheder, der præger eller har præget barnets trivsel og udvikling?      |

|  |
| --- |
| **Barnets oplevelse af situationen og udfordringen:** (Inddrag så vidt mulig barnet i besvarelsen)      |
| **Forældrenes oplevelse af og holdning til udfordringen:** (Udfyldes af forældrene)      |

|  |
| --- |
| **Pædagogiske tiltag** |
|  |
| Hvilke pædagogiske tiltag har været prøvet og med hvilken virkning?      Hvor længe har der været arbejdet med disse tiltag?      |

|  |
| --- |
| Har der været afholdt koordineringsmøde Ja Nej Hvornår?: |

|  |
| --- |
| **BILAG:** **Småbørn:**F.eks. sprogvurdering / udviklingsbeskrivelse / TRAS / motorisk beskrivelse eller andet observationsmateriale medsendes.**Skolebørn:**F.eks. faglige prøver, elevplan og/eller beskrivelse af barnets indsats i relevante fag medsendes. |
| **Supplerende oplysninger:** Herunder andre foranstaltninger, oplysninger om fravær, sygelighed, fritid, institutions- og skoleskift.       |
| **Video/ lydoptagelse** |
| Forældrene har givet accept til video og/eller lydoptagelse i forbindelse med en eventuel kommende undersøgelse?Ja [ ]  Nej [ ]   |

**Oplysninger om helbred m.v.**

Udfyldes af forældre evt. i samarbejde med sundhedsplejersken

|  |
| --- |
| Hjemmets læge:       |
| Graviditets forløbFødsels forløb  |            |
| Fødselsvægt/ mål       gCm |
| Spædbarnsperioden  |       |
| Epilepsi | **[ ]**  Nej | **[ ]** Ja |
| Kronisk sygdom:  |       |
| Evt. arvelige faktorer:       |
| Forhold, der kan bevirke psykisk belastning?  | **[ ]**  Nej | **[ ]**  Ja |
| Hvilke?       |
| Medicinering:       |       |
| Har barnet været henvist til speciallæge | **[ ]**  Nej | **[ ]**  Ja | Hvornår? [ ]  |
| Årsag?       |
| Hospitalsophold(årsag, tidspunkt,varighed)? |       |
| Hørelse  | [ ]  Normal | [ ] Unormal | [ ]  Høreapparat | Sidste høreprøveDato:      |
| Syn: | [ ]  Normalt | [ ] Unormalt | [ ] Briller | [ ]  Linser | Sidste synsprøveDato:       |
| Navn på:  | **[ ]**  Sundhedsplejerske | **[ ]** Egen læge |

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Dato Leders underskrift

Af hensyn til dokumentation og sagsbehandlingen er det vigtigt, at alle felter er udfyldt.

Skemaet sendes til Birgit Kristensen bikr@varde.dk