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 forløb  Fødsels forløb | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Fødselsvægt/ mål        g  Cm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 høreprøve Dato: | |
| Syn: | Normalt | | | Unormalt | | | | Briller | | | | Linser | | | | Sidste synsprøve Dato: |
| 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](mailto:bikr@varde.dk)