**Ansøgning vedr. børneterapeutisk træning.**

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets navn: |  |
| Cpr. nr.: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mor | Far |
| Navn: |  |  |
| Cpr. nr.: |  |  |
| Adresse: |  |  |
| Tlf. nr. hjem/mobil |  |  |
| Mail: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Barnet henvises af: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dagpleje/institution/skole: |  | Stue: |
| Adresse: |  |
| Tlf. nr.: |  |
| Kontaktperson: |  |
| Mail til kontaktperson: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets sundhedsplejerske |  |
| Barnets læge: |  |
| Sygehus/Speciallæge: |  |

Er barnet eller har barnet tidligere været i kontakt med/henvist til:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Henv.til | Er i gangmed | Er Afsl. |
| Bandagist | Navn: |  |  |  |
| Sundheds-Plejerske | Navn: |  |  |  |
| Psykolog | Navn: |  |  |  |
| Talepædagog | Navn: |  |  |  |
| Fysioterapeut | Navn: |  |  |  |
| Ergoterapeut | Navn: |  |  |  |

|  |
| --- |
| Årsag: |

Sygehus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Årsag: |

**Må børneterapeuten indhente øvrige nødvendige oplysninger vedrørende dit/jeres barn?**

\_\_ JA \_\_ NEJ

Forældreunderskrift:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Børneterapeuterne

Sundhedshuset

Ny Skolegade 4

8723 Løsning

**Begrundelse for henvisning til børneterapeutisk træning**

(kan evt. udfyldes i samarbejde med fagperson)

|  |
| --- |
| **Hvordan viser barnets vanskeligheder sig? (beskriv gerne med aktiviteter)** |

|  |
| --- |
| **Grovmotorisk** (f.eks. trille, kravle, gå, løbe, hoppe, slå kolbøtter, gynge, balancere, cykle mm.)  |

|  |
| --- |
| **Finmotorisk** (f.eks. bygge med klodser, tegne, klippe, lægge puslespil, spille bold mm.) |

|  |
| --- |
| **Mundmotorisk** (spise, drikke, madvare man ønsker/ikke ønsker (konsistenser), udløses brækrefleksen ofte, tandbørstning) |

|  |
| --- |
| **Adfærd** (kontakten til børn/voksne, lege-/samspilsrelationer, koncentrationsevne mm.) |

|  |
| --- |
| **Hvad har I gjort for at afhjælpe barnets vanskeligheder?** |

|  |
| --- |
| **Supplerende oplysninger, f.eks. antal søskende, eller andet som I mener kan have betydning (kan barnet følge med sine jævnaldrende):** |

|  |
| --- |
| **Hvad ønsker I hjælp til:**  |

|  |
| --- |
| **Hvad er barnet god til/ressourcer:**  |

Børneterapeuterne

Sundhedshuset

Ny Skolegade 4

8723 Løsning