

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 gang med	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