# Indstilling til Oralmotorisk Team

Vær opmærksom på, at der i øjeblikket kan være op til 3 måneders ventetid. Dog ikke for børn under 2 år med alvorlige spiseproblemer.

Det er ikke muligt at tilbyde telefonisk vejledning i ventetiden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Barnets navn \* |  | |
|  | | |
| Barnets cpr nr.\* |  | |
|  | | |
| Barnets adresse\* | | |
|  | | |
|  | |  |
| Har forældrene givet samtykke til indstillingen? \* | | Ja:  Nej: |
|  |  | |
| Forældrenes navne\* |  | |
|  | | |
| Forældrenes telefonnr.\* |  | |
|  | | |
| Stilling, navn og tlf. nr på indstiller\* |  | |
|  | | |
| Indstillers mailadresse\* |  | |
|  | | |
| **Årsag til indstillingen:** |  | |
| Spise/drikkeproblematik:  Udtalevanskeligheder:  Savl:  Tungepres:  Mundånding:  Andet: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indstillers faglige vurdering af barnets problemstilling:** |  |
|  | | |
|  | | |
| **Beskriv indsatser/vejledning i forhold til barnet samt effekten heraf:**   |  |  | | --- | --- | | Til hjemmet | Evt daginstitution/skole: |   OMT vejleder ikke i forhold til amning og flaskegivning. For disse problematikker henvises til sundhedsplejens ammespecialister.  OMT vejleder ikke børn over 3 år der bruger sut, da brug af sut fastholder tungen i et umodent mønster.  **Ved udtaleproblematikker:** Vedlæg oralmotorisk tjekliste og evt. notat fra Ørenæsehals-læge. Dato for sidste høretest (skal udfyldes): | | |

Indstillingen bedes sendes til [DAB@buf.kk.dk](mailto:DAB@buf.kk.dk)